Health Canada Sante Canada

SHARING THE LEARNING

The Health Transition Fund

SYNTHESIS SERIES

Rural Health/Telehealth

Canada

Our mission is to help the people of Canada maintain and improve their health.

Health Canada

The opinions expressed in this publication are those of the author and do not necessarily reflect the views of Health Canada.

Contents may not be reproduced for commercial purposes, but any other reproduction, with acknowledgments, is encouraged.

This publication may be provided in alternate formats upon request.

For further information or to obtain additional copies, please contact:

Publications
Health Canada
Ottawa, Ontario
K1A 0K9
Tel.: (613) 954-5995
Fax : (613) 941-5366

This document is available on the Health Canada web site: http://www.hc-sc.gc.ca

© Minister of Public Works and Government Services Canada, 2002

Cat. H13-6/2002-6
ISBN 0-662-66309-8

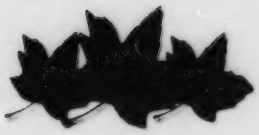
SHARING THE LEARNING

The Health Transition Fund

SYNTHESIS SERIES

Rural Health/Telehealth

Raymond W. Pong, PhD
Research Director
Centre for Rural and Northern Health Research
Laurentian University



This report is one in a series of 10 syntheses of HTF project results covering the following topics: home care, pharmaceutical issues, primary health care, integrated service delivery, Aboriginal health, seniors' health, rural health/telehealth, mental health, and children's health. The tenth document is an overall analysis. All are available electronically on the HTF website (**www.hc-sc.gc.ca/htf-fass**), which also contains information on individual HTF projects.

Executive Summary

The Health Transition Fund (HTF), a joint effort between federal, provincial, and territorial governments, was created out of the 1997 federal budget to encourage and support evidence-based decision-making in health care reform. Between 1997 and 2001, the HTF funded approximately 140 different pilot projects and/or evaluation studies across Canada. In order to communicate research evidence from the projects to decision-makers, experts were employed to synthesize the key process and outcome learnings in each of nine themes or focus areas: home care, pharmacare, primary care/primary health care, integrated service delivery, children's health, Aboriginal health, seniors' health, rural health/telehealth, and mental health. This document summarizes the key learnings from 33 projects in the rural health/telehealth theme area. It has been prepared by Raymond W. Pong, PhD, Research Director of the Centre for Rural and Northern Health Research, Laurentian University.

Health of Rural Canadians

Although there is no universally accepted definition of "rural," most people would agree that much of Canada is rural. From about a quarter to nearly a third of the Canadian population can be considered rural, depending on whether the Statistics Canada definition or a less restrictive definition is used. In other words, as many as 10 million Canadians live in predominantly rural areas or communities.

Accordingly, rural health refers to the health of people living in rural, northern, and remote areas, as well as in small towns. It can mean many things, including:

- the health status of people in rural areas;
- the conditions of rural communities that have an impact on health;
- the ways that rural residents view health issues or respond to health concerns;
- the policies, technologies, therapeutics, and approaches used to deal with health problems in rural areas; and
- the organization of services and providers to meet the health needs of rural people.

There are growing signs that all is not well in the rural health scene. From journalistic accounts to scientific studies, one learns that rural communities are not necessarily healthy places to live in and that the health status of rural Canadians tends to lag behind that of urban residents.

Rural denotes long distances from major cities, remoteness, isolation, sparse population, and often poor transportation and harsh climatic conditions. The geographic and demographic characteristics of a community often have a bearing on its economic activities and social relationships, which, in turn, may have an impact on lifestyle, health behaviours, attitudes towards health, and, indirectly, on health status. The location and the size of a community also determine, to a greater or lesser extent, what health resources and services are available. This availability could shape health care delivery strategies and patterns of use. All these factors contribute to the unique nature of rural health.

The significant findings of the HTF projects and studies are presented under three main themes: rural health, telehealth, and health human resources.

Rural Health

The lack of ready access to health services is a common complaint by rural residents. The smaller and more remote the community, the greater the problem of access. Contributing to access problems are difficulties associated with transportation, which is often inconvenient and costly in rural areas, and the

lack of health care resources. Among the inadequate resources mentioned, lack of health human resources is considered the most critical.

Most of the HTF projects were attempts to explore ways to deal with difficulties experienced by rural inhabitants in accessing health care, in overcoming the shortages of health care practitioners, and in developing a better health services delivery system. These attempts include the integration of services, community development, mobile services, innovative health workforce strategies, and the adoption of telehealth.

A number of the HTF studies have pointed out that rural health problems are often the results of more deep-rooted factors: the social, cultural, behavioural, economic, and environmental determinants of health. The argument is that unless these fundamental conditions are changed, merely adding more practitioners or services may not substantially improve the health status of the rural population.

Telehealth

Telehealth, broadly defined, is the use of communications and information technologies to overcome geographic distances in the delivery and provision of health care. It is increasingly considered an important tool for enhancing health services delivery, particularly in rural and remote regions, where health care resources and expertise are often scarce and sometimes non-existent.

The HTF telehealth-related projects all saw telehealth as a way to improve rural health services delivery by bringing diagnostic, treatment, and rehabilitation services to rural and remote areas; reducing the number of patient transfers to distant locations; and providing continuing education programs to rural practitioners.

Most of the HTF telehealth-related projects reported user satisfaction. Some projects successfully used telehealth for patient education and to bring continuing education programs to rural-based practitioners. The latter was considered very important from a recruitment-and-retention perspective, as it might help reduce the sense of professional isolation. Telehealth also helped reduce the need for patients to travel long distances in order to seek medical care. These generally favourable results were often achieved at substantial costs. At the same time, patient participation in some of the telehealth projects was low, thus raising the question of whether the costs were justified.

Health Human Resources

The most critical concern identified by the HTF projects, as well as by other rural health studies, is the acute and persistent shortage of health care practitioners in rural areas. Some of the HTF projects tried out new approaches that could be adopted by others.

A shortage of personnel often means that rural practitioners may not have the necessary expertise, skills or competency to provide the right kinds of care or make the right kinds of clinical judgment. Therefore, several of the projects attempted to address the issue by expanding the knowledge base of rural practitioners. In the long run, this is likely to be the most viable and sustainable strategy because it seeks to maximize a rural community's self-sufficiency in health human resources.

Another approach is to use interdisciplinary teams. It is believed that by working together in teams, practitioners can maximize their productivity and generate knowledge synergy. One type of interdisciplinary collaboration that has been adopted by several HTF projects is the collaboration between physicians and nurse practitioners. This model may be especially suitable for rural communities, where physicians are often in short supply or overworked.

Another strategy to overcome shortages of health human resources is personnel substitution, in which one category of health care personnel do the work

typically performed by another. In rural settings where certain kinds of health care practitioners are difficult to find, it makes sense to use available human resources to the fullest extent possible, as long as the health and safety of the patients or the public are not jeopardized. An example of this strategy is the use of physiotherapy assistants to supplement physiotherapists in order to improve rural rehabilitation services.

Finally, several projects used informal or lay caregivers – individuals who provide care on a voluntary basis – as part of their health human resources strategy. Although informal care occurs everywhere, lay caregivers play a particularly important role in rural settings because of the shortages of health care practitioners and the unavailability of many formal services.

Problems and Unresolved Issues

Problems and unresolved issues include the following:

- In order to undertake the kinds of ambitious reform to rural health services delivery envisaged by some of the HTF projects, comprehensive planning and an understanding of the broader health system or policy context are needed. However, not all projects paid sufficient attention to these issues.
- Some attempts to use innovative health human resources strategies, such as collaborative practice between physicians and nurse practitioners, were frustrated by not having obtained prior agreement from local doctors to co-operate, by health care funding models that "penalize" the use of alternative providers and by rigid legislation and regulations, such as inflexible scope-of-practice stipulations in health occupational laws.
- Several telehealth projects encountered technical difficulties that could jeopardize the successful implementation of telehealth in remote communities, where the technical know-how to deal with such problems is virtually non-existent.
- The introduction of an innovative way to deliver care, such as using telehealth to improve access to services closer to home, could be met with a lack of co-operation or with misunderstanding by service users. Patient or consumer education may need to occur before adopting a new way of providing care.
- Some telehealth projects had difficulties not because of technical problems, but due to organizational and human-relations problems (e.g., people and agencies belonging to the same network but not interacting with one another). Also, not enough attention was paid to the integration of telehealth into the existing health services delivery system.
- Both existing health care policies and the lack of policies have been identified as barriers to the wider adoption of telehealth in Canada. The most frequently mentioned impediment is the lack of policies on reimbursing physicians for providing telehealth services.

Implications for Policy

Several "big picture" policy issues have been identified:

- The 33 studies reviewed and synthesized in this report do not constitute, and were never meant to present, a comprehensive picture of rural health. However, there is an urgent need to document and examine rural health in a comprehensive, systematic, and thorough manner, if policy decisions and program planning are to be grounded on systematic evidence and not based on anecdotes.
- Many rural health problems cannot be effectively solved by piecemeal measures. Since rural health, as the HTF studies have collectively shown, is a function of the many conditions that shape rural life, unless the adverse social, economic, occupational, and ecological conditions are changed, the health status of the rural population may not improve substantially. To effectively address rural health issues, one may have to take actions on many fronts, sometimes simultaneously.

- Health workforce maldistribution has been and will continue to be a major challenge. Although conventional recruitment and retention programs are still useful in certain circumstances, they alone will not overcome the shortages of rural health care workers. A comprehensive and multi-pronged strategy is needed.
- Not all solutions to rural health problems are to be found in the health care domain. In other words, when dealing with rural health problems, one may have to think "outside the box" for answers.
- Telehealth is going to be important for rural health because it can help overcome some of the disadvantages associated with large distances and small populations. However, little is known about the effects of telehealth on health services delivery in a rural context, changes in practitioners' roles, patient referral patterns, and long-term implications. Policy implications such as these have yet to receive the kind of attention they deserve.

Recommendations

The 33 HTF projects synthesized in this report have added to our understanding of rural health in Canada and offered insights into what needs to be done. They have led to several broad policy-related recommendations.

- Given the complex and multi-dimensional nature of rural health, an overall strategy is needed, in addition to region-, discipline-, program- or issue-specific solutions. The newly established Ministerial Advisory Committee on Rural Health and similar bodies could be charged with developing such a strategy.
- Many piecemeal and symptomatic solutions have been attempted and found wanting. In order to be effective and have a more lasting impact, an overall rural health strategy must address at least some of the broader determinants of rural health.
- An overall rural health strategy must look beyond the health care domain for effective solutions to some of its problems. Thus, a concerted effort involving many sectors and stakeholders will be needed.
- Meaningful policies and effective programs to support rural health must be grounded on a better understanding of rural health – in other words, they must be evidence-based. There is a need to document and examine rural health in a comprehensive, systematic, objective, and thorough manner. To this end, rural health research needs to be strengthened in this country.
- The shortage of health care practitioners is considered by many to be the most urgent and intractable problem facing rural communities. An effective and long-term rural health workforce strategy cannot depend exclusively on incentives to attract health care practitioners to work in rural settings. Incentive-based recruitment and retention programs should be considered only one aspect of a comprehensive strategy that has many dimensions and components, as noted in Section 6(c).
- Telehealth is a useful technology, particularly for enhancing rural health. In order for it to be effective in supporting rural health, it must be "owned" by rural communities and practitioners, rather than being another urban-imposed solution.
- While telehealth technologies are developing by leaps and bounds, policies that under gird telehealth services and our understanding of the impact of telehealth on the rural health care system are mostly lagging. There is a need to turn attention to these aspects. Otherwise, telehealth will forge ahead largely in a policy vacuum.

Preface

In recent years, Canada's health care system has been closely scrutinized with a view to quality improvement and cost-effectiveness. Fiscal pressures and changing demographics are resulting in initiatives to explore how the efficiency of the health care system can be increased while ensuring that high-quality services are affordable and accessible. Within this context, there has been a need for more research-based evidence about which approaches and models of health care have been working and which have not. In response to this requirement for evidence, and on the recommendation of the National Forum on Health, the Health Transition Fund (HTF) was created out of the 1997 federal budget to encourage and support evidence-based decision making in health care reform.

A joint effort between federal, provincial and territorial governments, the HTF funded 141 pilot projects and/or evaluation studies across Canada between 1997 and 2001, for a total cost of $150 million. Of that, $120 million supported provincial and territorial projects and the remaining $30 million funded national-level initiatives. The HTF targeted initiatives in four priority areas: home care, pharmaceutical issues, primary health care, and integrated service delivery. Various other focus areas emerged under the umbrella of the original four themes, including Aboriginal health, rural health/telehealth, seniors' health, mental health, and children's health.

The HTF projects were completed by the spring of 2001. In order to communicate research evidence from the projects to decision-makers, experts were employed to synthesize the key process and outcome learnings in each theme area. This document summarizes the key learnings in the rural health/telehealth theme area. It has been prepared by Raymond W. Pong, PhD, Research Director, Centre for Rural and Northern Health Research, Laurentian University.

Unique Nature of the HTF Projects

The HTF was quite different from other organizations that fund health-related research in this country, such as the Canadian Institutes for Health Research and its predecessor the Medical Research Council.

- It was a time-limited fund, which meant that projects had to be conceived, funded, implemented, and evaluated all in four years – a very short time in the context of system reform.
- It was policy-driven; policy-makers were involved in the project selection process, and wanted to focus on some of the outstanding issues in the four theme areas in the hope that results would provide evidence or guidance about future policy and program directions.

In order to encourage projects to address issues and produce results that would be relevant to decision-makers, the HTF developed an evaluation framework consisting of six elements (access, quality, integration, health outcomes, cost-effectiveness, and transferability). Each project was required to have an evaluation plan addressing as many of these elements as were relevant. In addition, all HTF projects were required to include a dissemination plan (for which funding was provided) in order to ensure that results were effectively communicated to those best able to make use of them. In addition to these individual dissemination plans, the HTF Secretariat is implementing a national dissemination strategy, of which these synthesis documents are one element. This emphasis on evaluation (systematic learning from the experience of the pilot initiatives) and dissemination (active sharing of results) was unique on this scale.

Most national projects were selected by an intergovernmental committee following an open call for proposals, while provincial/territorial initiatives were brought forward by each individual jurisdiction for bilateral approval with the federal government. At both levels, applications came not just from academics in universities, or researchers in hospital settings, but also from non-traditional groups such as Aboriginal organizations, community groups, and isolated health regions. Groups that had rarely, if ever, thought in terms of research, evidence, evaluation, and dissemination began doing so, and these developments bode well for improved understanding and collaboration among governments, provider organizations, and researchers. The role of federal, provincial, and territorial governments in the selection process ensured that the projects delved into the issues that were of high concern in each jurisdiction. By the same token, there was considerable scope in the range of project topics, and the body of projects was not (and was never intended to be) a definitive examination of each theme.

This unique focus and selection process imparts specific features to the HTF body of projects. The projects that were funded represent good ideas that were put forward; they do not represent a comprehensive picture of all the issues and potential solutions in each of the theme areas. The relatively short time frame meant that many researchers struggled to complete their work on time and the results are preliminary or incomplete; some pilot projects might take a number of years to truly show whether they made a difference. This must be left to others to carry forward and further investigate. Perhaps the greatest value in the large body of HTF projects comes from the lessons we can learn about change management from the researchers' struggles and challenges as they undertook to implement and evaluate new approaches to longstanding health care issues.

Acknowledgements

The author would like to thank Hollander Analytical Services Ltd. for its assistance in the preparation of this synthesis document. The HTF synthesis series was commissioned by Health Canada and managed by Hollander Analytical Services Ltd. The views expressed herein do not necessarily represent the official policy of federal, provincial or territorial governments.

Table of Contents

Executive Summary i
Health of Rural Canadians i
Rural Health i
Telehealth ii
Health Human Resources ii
Problems and Unresolved Issues iii
Implications for Policy iii
Recommendations iv

Preface v
Unique Nature of the HTF Projects v

Acknowledgements vi

Table of Contents viii

1. Setting the Context 1
1.1 What Is Rural? 1
1.2 Rural Health 1

2. Overview of the Health Transition Fund Studies 4

3. Discussion of Significant/Relevant Findings 5
3.1 Rural Health Themes 5
3.1.1 Access to Care 5
3.1.2 Inadequate Health Care Resources 5
3.1.3 Special Approaches 6
3.1.3.1 Integration of Services 6
3.1.3.2 Community Development 7
3.1.3.3 Mobile Services 7
3.1.4 Determinants of Rural Health 8
3.2 Telehealth Themes 9
3.2.1 Uses of Telehealth 9
3.2.2 Benefits of Telehealth 9
3.2.3 Costs of Telehealth Services 10

4. Health Human Resources 10
4.1 Enhancing Competency 10
4.2 Collaborative Practice 11
4.3 Personnel Substitution 12
4.4 Informal Caregivers 12

5. Problems and Unresolved Issues 13
5.1 Rural Health Problems/Issues 13
5.2 Telehealth Problems/Issues 14
6. Implications for Policy 15
7. Conclusions and Recommendations 18
References 20
Appendix A: List of HTF Projects Relevant to Rural Health/Telehealth

1. Setting the Context

But deep down, deep down where our hearts beat, who we are is rooted in the land. Though Canada is one of the most urbanized countries on earth, it is the land that has moulded us.

(Cruise & Griffiths, 1999)

1.1 What Is Rural?

Although most people have an intuitive notion of what "rural" means, there is no universally accepted definition of the word. There appear to be as many definitions of rural as there are researchers. For example, the Canadian Medical Association defines rural communities as those with a population of 10,000 or less. This definition appears to be similar to the definition of "rural and small town Canada" used by Statistics Canada, which refers to people living outside the commuting zones of larger urban centres. Other researchers prefer the OECD definition or a definition based on postal codes.[1] Most people would agree that rural includes northern communities, because much of the Canadian "far north" is sparsely populated and very isolated. Still others argue that some remotely located small cities, which may not fit the official Statistics Canada definition of rural, are in fact rural in terms of geographic isolation, economic and labour force characteristics, and access to services and amenities. As one researcher has pointed out, however, the search for a single, all-purpose definition of rural is neither desirable nor feasible. How rural is defined should depend on the task at hand.

Thus, from approximately a quarter to nearly a third of Canadians can be considered rural, depending on whether the Statistics Canada definition or a less restrictive definition is used. In other words, as many as 10 million Canadians live in predominantly rural areas or communities.

However, "rural" is not unitary or homogeneous. The rural nature of the outports of Newfoundland is quite different from that of the ranching country of southern Alberta. A village in the Eastern Townships of Quebec and a sub-arctic settlement in Nunavut may have few similarities. As an example, as one Health Transition Fund (HTF) report, *Evaluation of Models of Health Care Delivery in Inuit Regions* (NA485), has noted, while most rural areas in Canada are experiencing population aging because of the out-migration of working-age people, the Inuit population in many regions of the far north is very young and growing rapidly because of high birth rates. Therefore, when considering rural health, it is advisable to take into consideration variations in such factors as economic activity, population characteristics, ethnic composition, community structure, cultural traditions, and ecological conditions.

1.2 Rural Health

Simply put, rural health refers to the health of people living in rural, northern, and remote areas, as well as in small towns. It can mean many things, including:

- the health status of people in rural areas;
- the conditions of rural communities that have an impact on health;
- the ways that rural residents view health issues or respond to health concerns;
- the policies, technologies, therapeutics and approaches used to deal with health problems in rural areas; and
- the organization of services and providers to meet the health needs of rural people.

1. For a more detailed and technical discussion on the definitions of "rural," see Pitblado and Pong (1999).

In addition, rural health issues and other health concerns often intersect. For example, rural health often overlaps with Aboriginal health because a substantial proportion of Canadians of Aboriginal descent reside in rural, northern, or remote regions. Similarly, occupational health relating to agriculture, fishery, forestry, and mining can be considered an aspect of rural health because such economic activities occur almost exclusively in rural areas.

Although there is a lingering idyllic notion of the countryside and rural lifestyle and a lot of talk about a rural renaissance, many rural communities in Canada face demographic, ecological, economic, and social challenges due to geographic isolation, the depletion of natural resources, boom-and-bust cycles in resource-extraction industries, chronic high unemployment, the vulnerability of single-industry towns, population aging, inadequate municipal infrastructure, and so on. These problems have profound implications for the health and well-being of rural Canadians.

Although Canada is justifiably proud of its health care system – considered by many to be one of the best in the world – there are growing signs that all is not well in the rural health scene. From journalistic accounts such as the annual *Maclean's Health Report* to scientific studies, one learns that rural communities are not necessarily healthy places to live. Even the commonly held impression of a clean, wholesome rural environment has been shattered by the water-contamination tragedies in Walkerton, Ontario, and North Battleford, Saskatchewan. Based on data from the Quebec Health Survey, Pampalon (1991) has described the health conditions in rural Quebec:

> It clearly shows a trend towards a progressive deterioration in health as one moves from that area bordering urban centres into the very remote hinterland. This deterioration is revealed through inactivity, dissatisfaction with social support, perceived health and a global health index, osteo-articulary diseases, disability, medication, and little professional consultation. (p. 359)

This may also be an apt depiction of health conditions in other rural regions. For example, a similarly bleak picture has been painted in one of the HTF reports, *Evaluation of Models of Health Care Delivery in Inuit Regions* (NA485). According to this report, the Inuit population has the highest suicide rate and the shortest lifespan among all Aboriginal peoples in Canada – and Aboriginal health status falls far below the national norm. The life expectancy of Canadian men is 75.7 years, compared with 66 years for Inuit men in Nunavut. For women, the national life expectancy is 81.4 years, compared with 71 years for Inuit women. Smoking rates among the Inuit are much higher than Canadian rates. And the list goes on.

Although these Inuit mortality and morbidity statistics may represent an extreme case, many studies have documented considerable rural–urban differences in health status, health behaviour, and health service utilization patterns (Badgley, 1991; Mansfield et al., 1999; Pitblado & Pong, 1995; Pitblado et al., 1999). The much higher prevalence of heart disease in northeastern Ontario (Sahai et al., 2000); the higher prevalence of certain types of cancer among farmers (Fair, 1992) and miners; higher rates of long-term disability and chronic illness among rural residents; substantially higher rates of diabetes and respiratory and infectious diseases in many Aboriginal communities; more accident- and violence-related deaths; and shorter life expectancy and higher infant mortality in rural and small communities (Wilkin, 1992) are just a few examples. But rural "health deficits" are not an immutable reality. In the first half of the nineteenth century, life expectancy was considerably shorter in London and Paris than in the rural regions of England and France. Similarly, the countryside in Sweden had better health status than Swedish cities during the early part of the twentieth century (World Health Organization, 2000).

Besides the aforementioned facts, why is rural health being singled out for special attention? How does

rural health differ from health in general? To answer these and related questions, one has to identify the uniqueness of rural health.

From one perspective, rural is primarily a geographic-cum-demographic concept. It denotes long distances from major cities, remoteness, isolation, sparse population, and often poor transportation and harsh climatic conditions. The geographic and demographic characteristics of a community often have a bearing on its economic activities and social relationships. For instance, many rural communities rely on natural resource–based activities like farming, mining, logging, and fishing. Although advances in communications technology have allowed some individuals in far-flung places to engage in "high-tech" endeavours, they are exceptions rather than the rule. Over time, these geographic, demographic, occupational, and other related factors, such as lower educational and socio-economic levels, may coalesce and give rise to distinct cultural characteristics or even personality traits like conservatism, a sense of place, attachment to the land, rugged individualism, cliquishness, feelings of powerlessness, alienation from mainstream society, risk-taking behaviours, and stoicism. All these characteristics could have an impact on lifestyle, health behaviours, attitudes toward health, and, indirectly, health status.

The location and the size of a community also determine, to a greater or lesser extent, what health resources and services are available. This availability, in turn, shapes health care delivery strategies and utilization patterns, which may mean that the approaches and practices commonly adopted in urban locations may not be applicable to rural settings. Even on such seemingly uncontroversial issues as standards of care, there may be differences in perspective. Commenting on evidence-based medicine, Rosser (1999) has observed:

> The geographical context in which health care is delivered in a country such as Canada, with widely scattered small communities far from major medical centres, creates unique problems for the application of medical evidence. Although there may be good evidence that the quality of life of elderly people can be improved by palliative radiotherapy, the practicality of a frail 85-year-old traveling several hundred kilometres to the nearest radiotherapy centre must also be considered.... Thus, the geographical context of the situation affects decisions about treatment, even though good quality evidence may be available to support a specific course of action (p. 662).

Considerations such as this have prompted a number of HTF projects to examine alternative ways to deliver or strengthen health services in rural areas, including two projects designed to improve rural palliative care.

Another example is medical practice in rural versus urban areas. Many studies have found that rural physicians practise medicine differently than do urban doctors. The 1997 National Family Physician Survey[2] provided a wealth of empirical data on how Canadian family physicians and general practitioners worked. Data from this survey show that rural family doctors typically worked longer hours than their urban counterparts and provided a much more comprehensive range of services For instance, they were more likely to work in emergency departments and to provide on-call, hospital inpatient care and intrapartum care. This may be due to the fact that since there are fewer physicians, especially specialists, in rural communities, those who are in rural practice must fill some of the service gaps.

All this suggests that in many ways rural health is special and that many rural health issues require the attention of policy-makers because they may need special policies, strategies, and programs.

2. The 1997 National Family Physician Survey was commissioned by the College of Family Physicians of Canada as part of the Janus Project. A summary of the results of the 1997 survey can be found in: (www.cfpc.ca/Janus/Janushome.htm)

Conventional wisdom and the tried-and-true approaches developed in urban settings may not work in rural areas. Most of the HTF projects synthesized in this document are attempts to find unique solutions to the unique problems encountered in rural communities or among rural populations across Canada.

Rural health is not something of interest only to rural inhabitants. Many city-dwellers travel regularly to, from, or through the countryside, for various reasons. For instance, more and more urbanites vacation in the hinterland. The populations of some popular resort towns double or triple during the summer months or the skiing season. When travellers and tourists get sick or are involved in accidents, they must rely on rural health services. Furthermore, a growing number of urban residents are retiring to rural communities. Thus, an adequate rural health services delivery system benefits all Canadians.

2. Overview of the Health Transition Fund Studies

Thirty-three studies were reviewed and synthesized under the rural health focus area. The rural health theme contains a subtheme: telehealth. The reason for including telehealth projects under the rubric of rural health is that telehealth is seen by many as a means to address the problems of rural residents access to health care because telehealth transcends distances and geopolitical boundaries. Almost all of the telehealth projects are rural health-related; that is, they use communications technology to help overcome long distances between rural or isolated communities and major centres. Of the 33 projects, 24 are specifically about rural health and the other nine are about telehealth. However, several of the rural health–specific studies also have a telehealth component. A complete list of the projects/studies appear in Appendix A.

The list includes nine "national" studies, in the sense that each of them covers more than one province or territory. The other studies are about projects that took place in a specific jurisdiction: Alberta, British Columbia, Newfoundland, Northwest Territories, Ontario, Quebec, Saskatchewan, or Yukon Territory.

The rural health-specific studies are fairly wide-ranging in terms of the nature of the pilot projects or the issues they deal with. The issues addressed include palliative care (AB301-17), primary health care (AB301-23), home care (NA149), nurse practitioner–family physician collaboration (NA342), care for disabled or chronically ill persons (NT401), prevention of heart disease (QC409), capitation funding for physicians (QC431), health services integration (QC434), agricultural health and safety issues (SK325), roles in the farm economy and consequences for women's health and well-being (SK321), use of alternative providers (SK326), rural health service restructuring (SK401), and adult day program (YT421). As can be seen from this partial list, the scope of the rural health–related projects is very broad and the topics very diverse. But the common thread running through them is the rural health theme. These projects all took place in rural settings, deal with rural populations, and/or have a distinct rural focus.

Most of the telehealth studies are descriptions or evaluations of telehealth pilot projects that sought to link several remote communities or rural and non-rural sites to bridge service gaps or enhance training opportunities. Only two of the studies dealt with telehealth projects that were urban-based and served an urban clientele, but even these projects hinted at a potential rural application.

3. Discussion of Significant/ Relevant Findings

The discussion of significant or relevant findings is presented under three headings. Section 3 focuses first on the rural health theme and then on the telehealth theme. The rural health-specific studies provide the broader context within which the discussion of telehealth issues can take place.

Many of the HTF projects synthesized in this report deal with or have implications for rural health human resources. As a result, health human resources (or health workforce) issues are presented separately and discussed in greater detail as a distinct theme in Section 4.

Problems and issues arising from the HTF projects are discussed in Section 5. In addition to identifying difficulties encountered and issues that need to be addressed, that section also discusses conditions for improving rural health. Policy implications and recommendations are presented in Sections 6 and 7, respectively.

3.1 Rural Health Themes

Several major themes emerge from the rural health-related HTF studies. These themes – access to care, shortages of health care resources and services, the need to adopt innovative approaches, and the broader determinants of rural health – are similar to and consistent with findings from other rural health studies.

3.1.1 Access to Care

The lack of ready access to care is a common complaint of rural residents. It is thus not surprising that most HTF projects explicitly or implicitly mentioned access difficulties. As can be expected, the smaller and more remote the community, the more severe the problem of access. For instance, an Inuit Tapirisat of Canada project, *Evaluation of Models of Health Care Delivery in Inuit Regions* (NA485), took place in six small communities in Labrador, Quebec, Nunavut, and the Northwest Territories. Each had a population of less than 1,000 people. Access to many services at the community or regional level was very limited.

Rural communities in other parts of Canada are facing a similar situation, though their plight may not be as severe as those in the Inuit communities. Contributing to access problems are difficulties associated with rural transportation which tends to be inconvenient and costly. The *Rural Palliative Care Demonstration Project* (NA131), for example, identified the provision of palliative care at home as a challenge because of the shortage of specialists and other services in rural communities. Avoiding unnecessary trips to hospitals would be desirable because of the long distances that rural residents often had to travel to hospitals, and only 55 per cent of those needing palliative care had access to a car. A Nunavik project, *Putting in Place an Integrated System for Persons with Severe and Persistent Mental Problems* (QC434), which took place in 14 isolated communities along the Hudson Bay and Ungava Bay coasts in northern Quebec, identified a similar problem. Because of the lack of locally or regionally available services, the region annually transported 1,600 patients to Montréal for treatment, at a cost of $4 million.

3.1.2 Inadequate Health Care Resources

Closely related to the "access to care" theme is the lack of health care resources. Almost every HTF study on rural health has mentioned the shortages of health care facilities, technologies, personnel, and services in many rural communities as the most challenging problems. The problem of access, mentioned earlier, is a consequence of the lack of health care resources.

Of the various inadequate health care resources mentioned in the studies, shortages of human resources have been noted most frequently and are

seen as the most critical. The Inuit Tapirisat of Canada project (NA485) can serve as an example simply because of the stark reality it has portrayed. In the Inuit communities there were serious shortages not only of doctors and nurses, but also of other health care providers like social workers, mental health counsellors, nursing assistants, midwives, and laboratory technicians. Although all of the communities had front-line nursing services, the study warned that the nursing shortages in the rest of the country could jeopardize the provision of basic health care in some of the smaller Inuit communities simply because these communities would have a hard time competing for nurses with larger communities in southern Canada.

Because of the importance and complexity of the health human resources issues, a more elaborate discussion of this issue appears in Section 4.

3.1.3 Special Approaches

Most of the HTF projects attempted to explore ways of dealing with difficulties experienced by rural inhabitants in accessing health care, overcoming the shortages of health care practitioners, and establishing a better health services delivery system. A few of these strategies are highlighted in the following paragraphs. Telehealth and workforce strategies are also ways to address rural health problems, but they will be discussed separately.

3.1.3.1 Integration of Services

It has been noted by several of the HTF studies that since many rural communities have limited resources and do not have a comprehensive range of services, collaboration among service providers or alignment of existing programs on a local or regional basis is a prerequisite to solving some of the rural health services delivery problems. For example, the *Laurentians Public Health Region* project (QC402) sought to restructure its health and social services by providing more services outside institutional settings and by enhancing the integration of services. Similarly, the Yukon's *Adult Day Program* project (YT421) showed that it was possible to design a small day program to serve a clientele with divergent needs (ranging from people with physical disabilities to those with cognitive impairment) by working closely with other community programs. The day program developed partnerships with other service agencies in accordance with the needs of each client, including home care, Whitehorse General Hospital, Thomson Centre, and Macaulay Lodge. Such an approach may be particularly suited to smaller jurisdictions, which are faced with the need to meet a broad range of needs but have relatively few resources.

In some cases, service integration may need to take place on a regional basis because no one rural community has all the resources or services needed to deal with a particular health problem. For instance, in order to prevent and treat eating disorders closer to home, the *Eating Disorder Project North* (BC403) developed networks within and between 30 rural communities in four health regions in British Columbia. The purpose was to share knowledge, pool resources, and work together. In a similar vein, the *Capitation Project in the Haut Saint-Laurent RCM* (QC431) aimed at encouraging the implementation of an integrated network of services to introduce a new way of organizing, delivering, and financing health services at the regional level. Involving about 20 clinical programs, the project attempted to achieve greater complementarity among the institutions in terms of service delivery and to integrate the region's private-practice general practitioners into the care network and service structure.

Another aspect of service integration is to forge stronger links with tertiary health care centres where expertise and resources are more abundant. An illustration of this approach is the *Integrated Community-Based Palliative Care Program* project (AB301-17) of the Lakeland Regional Health Authority. Relying mostly on primary care physicians, the

program promoted ties with tertiary palliative care sites in other parts of Alberta. It indicated that successful rural health strategies may have to rely on using local resources as much as possible and establishing strong linkages with external resources that are not locally available.

3.1.3.2 Community Development

Solving rural health problems may require new ways of thinking or doing things, which may not be welcomed by some rural residents or health care practitioners who resist change or are skeptical of novel approaches. One gets a sense of this from a public opinion survey conducted in Saskatchewan, *An Evaluation of the Impact of Rural Health Service Restructuring and Integrated Service Delivery* (SK401), which found considerable resentment remaining among residents in many rural communities that had lost their local hospitals several years earlier, during a restructuring of the provincial hospital system. Thus, in order to facilitate change, some of the HTF projects, like the *Healthy Towns and Villages* project (QC432), the Nunavik project (QC434), and the *Eating Disorder Project North* (BC403), adopted a community development approach by working with and preparing the community for change.

The Saguenay–Lac-Saint-Jean Health Region project, *Establishment of Regional Network of Clinics for Prevention of Heart Disease* (QC409), can be used as an illustration. This project sought to create a network of rehabilitation and secondary prevention services for patients suffering from cardiovascular diseases. The first eight months of the project were devoted to mobilizing the communities involved and bringing together the various service providers. This approach was seen by the evaluator of the project as essential to its success. Likewise, the *First Nations National Telehealth Research Project* (NA402) revealed that the extent to which telehealth was integrated into the health services delivery system depended on the level of community mobilization and support.

However, not all community development endeavours were deemed effective. The use of a community development approach in Alberta's Youngstown–Cremona–Hussar primary health care project, *Remote Primary Health Care System (Rural)* (AB301-23), was considered by the evaluator of the project as a distraction and as confusing to many rural residents.

3.1.3.3 Mobile Services

Some of the HTF projects employed special strategies to deal with the problem of inadequate access to care. Some rural communities are just too small to support full-time health care practitioners or to have full-scale programs. The next best thing is to have mobile teams that routinely bring services to a series of small communities. This approach has been tried in various parts of the country. For instance, the mobile eye van program and the integrated services for northern children program have been in operation in northern Ontario for many years.

Saskatchewan's *Agriculture Health and Safety Programs* project (SK325) employed a registered nurse to provide health screening and health education to farmers by travelling around the district in a mobile health and safety van. The mobile nature of the project offered an effective way to reach a group of isolated farm workers. Another example is Alberta's Youngstown–Cremona–Hussar project (AB301-23). It attempted to meet the health care needs of residents in three remote communities by providing a mobile team of health care practitioners that visited the towns weekly or semi-weekly. The core team included a physician, a nurse, a pharmacist, laboratory technicians, a respiratory therapist, and a speech-language pathologist. A second ad hoc team provided breast health services, nutritional services, diabetic education, and community outreach. The goal was to improve access to primary health care and reduce the need to access services outside the region.

3.1.4 Determinants of Rural Health

Although many innovative ideas have been put forward and many approaches have been tried out by the various HTF projects, several studies have pointed out or alluded to the fact that rural health problems are the result of more deep-rooted factors. In the health-field or population-health discourse, these factors are often referred to as the determinants of health, the social, cultural, behavioural, economic, and environmental factors that shape the health of a population. The argument is that unless these fundamental conditions are modified, merely adding more practitioners or services may not substantially improve the health status of the rural population.

Some of these health determinants are related to the economic structure or occupational activities in rural areas. For example, in Saskatchewan's *Agriculture Health and Safety Programs* project (SK325), the authors cogently argue that to be successful in promoting health and safety in agriculture and in reducing farming-related diseases, injuries and deaths, one must recognize the unique nature of the farm workplace, which includes the following aspects:

- Farmers typically work in isolation.
- Average farm size has quadrupled in the last 20 years, resulting in fewer neighbours and fewer services being available close to home.
- Children and seniors are often present at the worksite.
- Farmers are exposed to a wide variety of noxious substances, which pose serious risks to human health.
- Farmers are often at the mercy of the natural elements.
- The declining prices of crops have forced many farmers to take risks in order to stay ahead in the highly competitive global marketplace.

In other similarly hazardous occupations, regulations to control workplace hazards are often legislated and enforced. In agriculture, as well as in other mostly rural-based occupations such as fishing, where each operation involves an individual owner/operator, occupational health and safety regulations are deemed unenforceable and are therefore not considered. Thus, according to another study, *Women's Diverse Roles in the Farm Economy and the Consequences for Their Health, Well-Being and Quality of Life* (SK321), farmers have a 40 per cent greater incidence of chronic bronchitis and a 78 per cent higher rate of dermatological problems than workers in other major industries. As well, while fatality rates in mining and construction fell by 78 per cent and 50 per cent, respectively, between 1960 and 1988, the fatality rate in agriculture declined by only 17 per cent during the same period. This study also shows that the financial burden faced by farm families has a negative impact on the physical health and psychological well-being of many farm women, especially in terms of psychological stress.

Similarly, according to the Inuit Tapirisat of Canada study (NA485), merely solving the problem of health personnel shortages will not, on its own, fundamentally change the health status of the Inuit people. Social and economic problems such as violence, alcohol abuse, low educational attainment, and lack of jobs will continue to adversely affect the health status of the Inuit population. The authors of this study emphasized the need to address the underlying problems of the absence of a sustainable economy and widespread unemployment. This was echoed by the *Healthy Towns and Villages* study (QC432), which found that the economic reality of the region made it impossible for the project's ideals to be realized.

3.2 Telehealth Themes

Telehealth, broadly defined, is the use of communications and information technologies to overcome geographic distances between health care practitioners or between practitioners and service users for the purposes of diagnosis, treatment, consultation, education, and health information transfer. Telehealth is increasingly considered an important tool for enhancing health services delivery, particularly in rural and remote regions, where health care resources and expertise are often scarce and sometimes nonexistent. Services and expertise from major centres can be brought to such communities with the help of telehealth technology. Although there are still many questions to be answered and many technological breakthroughs are still waiting to happen, the effectiveness of telehealth and its acceptance by both practitioners and users have been demonstrated in many studies both in Canada and abroad. Thus, telehealth should be considered one of the strategies for strengthening health services delivery in rural and remote regions.

3.2.1 Uses of Telehealth

The telehealth-related projects all saw telehealth as a way to improve rural health services delivery. For instance, the demonstration project *Telemedicine Serving Quebec Regions: A Demonstration Project in the Magdalen Islands* (QC425) was intended to bring diagnostic, treatment, and rehabilitation services to rural and remote areas; to reduce the number of patient transfers to urban centres; and to provide continuing education to health care practitioners on the Magdalen Islands.

The *First Nations National Telehealth Research Project* (NA402) had similar objectives. It pointed out that since over a third of First Nations and Inuit communities were found in remote or isolated locations, telehealth had the potential to even out geographic disparities in access to health care. Other projects (e.g., NA403, QC323) hoped that telehealth would lower the costs associated with travel to distant medical facilities or make continuing education programs accessible to rural practitioners.

One project had a more ambitious goal: Quebec's Hôpital Sainte-Justine telehealth project, *Supraregional Mother-Child Network* (QC305), planned to establish the *réseau mère-enfant* (mother-child network) among the hospitals in Montréal and the surrounding rural regions, with a view to improving access to, and the quality of, care for mothers and their infants by coordinating the work of the participating hospitals by means of telehealth.

It should be noted that the use of telehealth has expanded substantially in recent years. Previously, it was used primarily by physicians for diagnosis, consultation, and the transfer of medical data such as X-ray images, as well as for delivering continuing medical education programs at a distance. More recently, as exemplified by some of the HTF projects, the field of telehealth has become considerably broader, comprising tele-triage, tele-monitoring (e.g., NA161, NA403), tele–home care (e.g., ON121), and tele-rehabilitation.

3.2.2 Benefits of Telehealth

Most of the telehealth-related HTF projects reported user satisfaction. As an example, the *Telecentres for Education and Community Health (TEACH)* project (NA366) reported that 90 per cent of its clients rated the telehealth facilities as good or excellent and that almost all of its clients would use telehealth services again.

Several projects had successfully used telehealth for patient education (e.g., NA403) and to bring continuing education programs to rural-based practitioners (e.g., NA402, QC323). The latter was considered very important from a practitioner recruitment-and-retention perspective because it might help reduce the sense of professional isolation or practitioners'

concern that they were not keeping up with developments in their disciplines.

Telehealth helped to reduce the number of patient transfers and patients' need to travel long distances in order to seek medical care. The TEACH project (NA366) reported that some patients who had consulted specialists by means of telehealth saved as much as $3,000 in travel costs. According to the *Nephrology Telemedicine Project* (NA403), 55 per cent of the patients involved in the project believed that the program had reduced their travel costs and had cut down significantly the amount of time they had to spend travelling to hospitals for dialysis treatments.

3.2.3 Costs of Telehealth Services

The results reported above, though generally favourable, were often achieved at substantial costs. Although the evaluation studies were not designed to be a cost-benefit analysis, some reports did raise concerns about the costs involved and wondered if they were justified. For example, the *First Nations National Telehealth Research Project* (NA402) was an expensive initiative, with infrastructure costs averaging $245,000 to $305,000 per site.

At the same time, utilization in some of the telehealth projects was very low. For instance, although Alberta's Keeweetinok Lakes Regional Health Authority telehealth project (AB301-19) was put in place at a cost of $3.5 million, the project evaluator concluded that there were insufficient telehealth interaction episodes to indicate whether or not telehealth was effective. Similarly, as pointed out by the evaluator of the *Nephrology Telemedicine Project* (NA403) in New Brunswick, although expensive telehealth paraphernalia, such as electrocardiogram equipment, teleradiology systems, and computers, had been purchased, they were never or seldom used during the project.

However, it is worth pointing out that telehealth programs typically entail a substantial front-end investment in technology and infrastructure installation. As well, since many rural and remote communities do not have a large population, the potential telehealth clientele is small. Thus, the initial cost per telehealth contact episode tends to be very high. As the utilization rate increases or as technology becomes more affordable, the per contact episode cost is likely to decline.

4. Health Human Resources

The most critical concern identified by the HTF studies and other rural health studies is the acute and persistent shortage of health care practitioners in rural areas. This problem is often aggravated by rapid staff turnover, as exemplified by the high attrition rates of home care workers and other personnel in a project in the Northwest Territories (NT401). It is, therefore, not surprising that many of the HTF projects paid special attention to rural health workforce issues or pilot-tested innovative ways to use personnel more effectively.

4.1 Enhancing Competency

Personnel shortages do not necessarily mean that there are not enough "warm bodies" around to do the work. In many cases, they mean that rural practitioners do not have the necessary expertise, skills or competency to provide the right kinds of care or to make the right kinds of clinical judgments. In small rural communities with rapid staff turnover, this problem is particularly serious, since the loss of expertise when one worker leaves can have an adverse impact on service provision. Therefore, several of the projects attempted to address the health workforce issue by expanding the knowledge base or enhancing the wherewithal of rural practitioners. In the long run, this is likely to be the most viable and sustainable strategy because it seeks to maximize a rural community's self-sufficiency in health human resources

rather than subjecting the community to the vicissitude of the labour market.

This was the approach used by the *Rural Palliative Home Care Demonstration Project* (NA131), which included a comprehensive education strategy to address the learning needs of both formal and informal caregivers. It introduced an intensive education curriculum to prepare family physicians, nurses, and, where available, pharmacists and social workers to provide consultation in complex pain and symptom management and counselling in advanced care planning. Results of the pre- and post-tests indicated increased palliative care knowledge for the participants. Following the "train the trainer" model, these newly minted "experts" were then expected to deliver education sessions on palliative care to their colleagues and other practitioners.

Recognizing that they did not have the necessary expertise to provide care to people with serious mental illness, the staff of the home care program in the *Home Care and People with Psychiatric Disabilities* project (NA149) adopted a similar strategy. Six training sessions were offered by a mental health therapist to the nurses working in the home care program in Taber, Alberta, the majority of whom had felt that their knowledge of mental health was insufficient. In this project, the mental health therapist served as an expert whose task was to provide consultation, guidance, direction, and in-service training. Thus, it appears that not all members of a team need to be experts, as long as one of the members has the requisite knowledge, serves as the consultant, and provides the necessary support and training to the rest of the team.

4.2 Collaborative Practice

The interdisciplinary team approach is an ideal model of health service delivery, but it is not often implemented. Advocates of this model believe that by providers working together in teams, productivity can be maximized and knowledge synergy can be achieved. One type of interdisciplinary collaboration, which has been studied extensively, is the collaboration between physicians and nurse practitioners. This body of research suggests that physician-nurse practitioner collaboration results in care that is clinically efficacious, is well accepted by patients, can achieve a high level of productivity, allows physicians to practise high-quality medicine, and represents the optimal use of medical human resources.[3] It appears that this model is especially suitable for rural communities, where physicians are often in short supply or are overworked.

The Sisters of Charity of Ottawa Health Services project, *Improving the Effectiveness of Primary Health Care Through Nurse Practitioner/Family Physician Collaboration Models of Care* (NA342), was intended to support family physician–nurse practitioner collaborative practice for the delivery of primary care in rural and remote parts of Ontario. Three quarters of the patients involved in this project were very satisfied with the care they had received from the teams. One of the recommendations of the project was to create opportunities at the undergraduate, post-graduate, and continuing education levels for trainees to learn to work collaboratively in primary health care.

Interdisciplinary collaboration is not restricted to physicians and nurse practitioners. There are many opportunities for other health care workers to collaborate. Several of the HTF projects made use of this model. For example, the Yukon's *Adult Day Program* (YT421) put into practice the "team approach" to support its clients. The program staff made many links with other programs that they would call upon when appropriate for a particular client. Similarly, the *Home Care and People with Psychiatric Disabilities* project (NA149) integrated home care with mental health services for people with

3. For a synthesis of research findings on physician-nurse practitioner collaboration, see Pong et al. (1995).

psychiatric disorders. This required practitioners with a home care background and others with mental health expertise to work collaboratively, share knowledge, and support each other.

4.3 Personnel Substitution

Another strategy in overcoming shortages of health human resources is personnel substitution, in which one category of health care personnel do the work typically performed by another category. Because the knowledge bases and scopes of practice of different health occupations overlap to a greater or lesser degree, there is considerable ambiguity in who can or should do what in providing care. In the past, health occupational legislation typically set rigid scope-of-practice stipulations, giving one occupation the sole right to perform certain health-related tasks. This "scope of practice" approach has gradually been replaced by a less stringent "controlled act" approach, with Ontario's Regulated Health Professions Act setting the precedent. The latter allows various health occupations and employers/administrators more latitude in terms of who can do what and, at the same time, provides sufficient protection for the health and safety of the public. It has also allowed a wider scope of personnel substitution to occur.

In rural settings where certain kinds of health care practitioners are difficult to find, it makes sense to use available human resources to the fullest extent possible, as long as the health and safety of the patients or the public are not jeopardized. For example, physician–nurse practitioner collaboration is a form of personnel substitution, in the sense that nurse practitioners take over some of the responsibilities of physicians to allow the latter to concentrate on clinical tasks that only they are qualified or legally permitted to perform. Quebec's Centre de santé de la Basse Côte-Nord project, *Putting in Place an Information-Technologies-Supported Training Program Aimed at Nursing Staff for Delivery of Health Services in Isolated Communities* (QC323), provides an illustration. With the help of video conferencing technology, nurses there acquired additional clinical skills and were able to do things typically done by physicians in less remote regions.

Using a similar approach to make rehabilitation services more available in rural Saskatchewan, the *Enhanced Rural Rehabilitation* project (SK326) attempted to improve rehabilitation services in the Assiniboine District by employing three physiotherapy assistants to work with two full-time physiotherapists and to do some of the work that, without the assistants, would have to be carried out by the physiotherapists. The assistants handled such tasks as clerical work, patient education, and exercise therapies. The project's evaluation noted the success and usefulness of this model, particularly in rural areas, where rehabilitation therapists were often hard to find and keep.

4.4 Informal Caregivers

Informal or lay caregivers are individuals who provide care to others on a voluntary basis. Informal caregiving is very common. Some studies estimate that over 70 per cent of all health care is provided by informal caregivers. As the population ages, informal care is likely to become even more pervasive and important. It has been argued that health human resources should be seen as a continuum that encompasses self-care providers, informal caregivers, and formal caregivers (Pong et al., 1995). The difference between informal and formal caregivers is not necessarily based on training, competency, or the nature of their work. The most important differentiating factor is gainful employment status. Whereas formal caregivers are remunerated for the

work they do, informal caregivers provide their services without financial compensation. Although informal care occurs everywhere, lay caregivers play a particularly important role in rural settings because of the shortages of formal caregivers and the unavailability of many formal services. Very often, those who are sick, disabled, or feeble can only rely on their family members, relatives, neighbours, friends, or other volunteers to look after them.

Several HTF projects mentioned the use of informal caregivers. The Yukon's *Adult Day Program* (YT421) ensured that family caregivers were closely linked with the day program. The two palliative care projects, *An bbbEvaluation of Lakeland Regional Helath Authority Integrated Community-Based Palliative Care Program* (AB301-17) and *Rural Palliative Home Care Demonstration Project: A Collaborative Project between Nova Scotia and PEI* (NA131), also made extensive use of informal caregivers in providing end-of-life care in rural communities.

Although informal caregivers do not receive monetary compensation for their work, in order for them to do an effective job and to prevent burnout, they need to be supported. The *Rural Palliative Home Care Demonstration Project* (NA131) reported that the informal caregivers providing care to dying patients experienced physical fatigue and were stressed and emotionally drained. It also lamented the fact that there was a dearth of respite services for those who provided end-of-life care on a voluntary basis. Informal caregivers also need other kinds of support, such as information and training. Both palliative care projects mentioned the sharing of information with and the training of informal caregivers. In this sense, informal care is not "free."

5. Problems and Unresolved Issues

Some major problems and unresolved issues in the HTF projects are identified below. Consistent with the rest of this report, the presentation first discusses the problems and issues concerning rural health and then discusses those concerning telehealth, although some of these problems and issues are related.

5.1 Rural Health Problems/Issues

a) The need to increase local capacity in relation to health care provision has been noted by a number of HTF studies, even though it is well recognized that most rural communities will never be totally self-sufficient. The Inuit Tapirisat of Canada study (NA485), for instance, has noted that practitioners from southern Canada still provide most health services in the north. It has called for greater participation in health services delivery and decision-making by the Inuit people. In addition, it has pointed out that there are very few instances of traditional Inuit knowledge being incorporated into health research, programs, or service delivery. To a greater or lesser extent, this is an issue relevant to most rural communities.

b) As many of the HTF initiatives were in the form of pilot projects, they tended to be treated as short-term, stand-alone experiments, with little attention given to the broader health service or policy context. This may explain some of the disappointing outcomes. An example is *Primary Health Care Enhancement Project* (NF301) in Newfoundland, which had lofty objectives. But the project's evaluation report pointed out that in order to undertake the kinds of reform envisaged by the project, it would require the proposed reform to include comprehensive planning and to properly position the project

within the health services delivery system. As this did not happen, the impact of the reform was considerably weakened.

c) Two projects (AB301-22, NA342) involved using nurse practitioners to strengthen primary health care delivery in rural settings. In both cases, the success could have been greater if a number of obstacles had been removed. It appears that in both cases, the local physicians were not fully supportive of the use of nurse practitioners or were not as well integrated into the projects as possible. The participation of nurse practitioners in primary health care initiatives inevitably involves working collaboratively with physicians. Thus, it is imperative to secure the support of local physicians before launching such projects.

d) The way health services are funded in a regionalized health care system needs to be taken into consideration. Alberta's Elnora primary health care project (AB301-22) was unable to achieve health service integration, partly because of the regional versus provincial funding conundrum. While the salaries of nurse practitioners were paid by the health regions, fee-for-service medical care was covered by province-wide funding. This two-tier financial arrangement does not make nurse practitioners attractive to the health regions because they are considered an additional cost to the health regions, whereas fee-for-service physicians are not.

Quebec's Hôpital Sainte-Justine telehealth project (QC305) experienced a similar predicament. In this project, telehealth was used to integrate services on a regional or interregional basis. More specifically, it hoped to shift primary and secondary care to hospitals that were located closer to the patients, thereby lightening the burden on hospitals in urban centres. However, in order to achieve this objective, the problem of budget allocation across regions must be addressed, particularly if the network extends beyond the borders of one health region. Otherwise, few incentives exist for health region or hospital administrators to "repatriate" patients from hospitals in other health regions.

e) Two HTF studies (AB301-22, QC323) mention or hint at health occupational regulation as being an obstacle to expanding the roles of nurse practitioners and nurses in providing primary health care in rural areas. Alberta's Elnora study (AB301-22) points out that in order to allow nurse practitioners to take on more clinical responsibilities, current health occupational legislation, which specifies scope of practice, must be relaxed. In Quebec's Basse Côte-Nord telehealth project (QC323), the physicians were reportedly uneasy about nurses assuming a greater clinical role. Creative and flexible use of available health human resources, which can be facilitated by less rigid occupational regulation, is an important issue for the health care system in general and for rural health in particular.

5.2 Telehealth Problems/Issues

a) Several telehealth projects (e.g., AB301-19, NA402, QC425) encountered technical difficulties, ranging from problems with equipment to inadequate support provided by equipment vendors to glitches with satellite technology. One evaluation report has urged that telehealth technologies should be more developed and thoroughly tested before they are implemented in remote communities, where the technical know-how to deal with such problems is virtually non-existent.

b) The Hôpital Sainte-Justine telehealth project (QC305) aimed at improving access by mothers and their infants to services closer to home by coordinating the work of the participating hospitals, using telehealth. However, there were no observable changes in access patterns during the project implementation phase. This was

attributable to parents' preference to go to the Hôpital Sainte-Justine emergency department, where they knew they would find pediatricians. This specialist-or-nothing attitude sabotaged the intent of the *réseau mère-enfant*, which was to encourage patients to use their family doctors or CLSCs as the initial point of access. It appears that patient or consumer education needs to take occur before introducing new ways of providing care.

c) The aforementioned technical problems are minor irritants compared with the more endemic organizational and human relations problems encountered in some of the HTF telehealth projects. These problems include staffing, staff turnover, role definition, and staff training. One evaluation report (NA402) notes that when telehealth coordination responsibilities were assigned to a nurse in a remote nursing station who also had patient care duties, her workload demand could slow the full implementation of the telehealth program. In addition, the success of a telehealth program depends as much on relationships established among the telehealth sites as on equipment and bandwidth. Ironically, although telehealth is about linking people and places, not enough attention has been paid to communication, connections, and relationships between the people and organizations involved in a network, which can "make or break" a telehealth initiative.

   The most important issue is the integration of telehealth into the existing health services delivery system. This has been emphasized by several HTF evaluation studies (AB301-19, NA402, QC425). As one of these studies has pointed out, telehealth cannot be "layered on" an existing health care system without carefully anticipating how telehealth services will become an integral part of health care delivery. Failure to heed this advice or the fact that human relationships underlie most telehealth activities will likely result in the squandering of millions of dollars of telehealth investment.

d) Some existing health care policies (or the lack of policies) have been identified by several studies (e.g., NA366, QC425) as barriers to a wider adoption of telehealth in Canada. The most frequently mentioned impediment is the lack of policies on reimbursing physicians for their provision of telehealth services. This concern has also been frequently expressed by telehealth communities in Canada and abroad.[4] Other yet-to-be resolved policy issues that could stymie the broader use of telehealth include interjurisdictional licensing of telehealth practitioners, telehealth interoperability, protection of privacy and confidentiality, and accreditation of telehealth programs or services.

6. Implications for Policy

Although many of the 33 HTF studies reviewed have implications for rural health policies, practice, and programs, only a few are highlighted here. The "big picture" issues are emphasized, in view of the target audience of this report.

a) The 33 HTF projects and their corresponding evaluation studies have yielded a considerable amount of information about rural health. Some of the "discoveries" are well known, and others offer new insights. However, these studies do not constitute, and were never meant to present, a comprehensive picture of rural health. The lessons learned tend to be selective, reflecting the HTF's objectives and project selection criteria. Likewise, this synthesis report is not a systematic examination of rural health.

4. For a more detailed discussion of this policy issue, see Pong (2000).

However, there is an urgent need to document and examine rural health in a comprehensive, systematic, thorough, and objective manner. Although there are many rural health-related studies, including many of the 33 HTF studies reviewed here, knowledge about rural health in Canada tends to be fragmentary and unsystematic. Many studies exist that address well-documented issues repeatedly. At the same time, many knowledge gaps remain to be filled. This may be so because, until recently, rural health researchers have tended to work in relative isolation, just like the people and communities they study. This situation must change if policy decisions and program planning pertaining to rural health are to be grounded on systematic evidence and not based on anecdotes. Research granting agencies such as the Canadian Institutes of Health Research and the Canadian Health Services Research Foundation have an important role to play in facilitating and strengthening rural health research. This may have prompted the federal government to include the recommendation to "promote the inclusion of a rural perspective in national research efforts (e.g., Canadian Institutes of Health Research)" in its recently released *Rural Action Plan* (Government of Canada, 2001).

b) Another rationale for documenting and examining rural health in a comprehensive and systematic manner is the fact that many rural health problems cannot be effectively solved by piecemeal measures, even though band-aid solutions have been the typical response. As some of the HTF studies have perceptively pointed out, since rural health is, by and large, a function of the many interrelated conditions that shape rural life, unless the adverse social, economic, occupational, and ecological conditions are eliminated or ameliorated, the health status of the rural population will not improve substantially. Moreover, since rural health services are part and parcel of the broader health care system, one cannot consider the former without also taking into consideration the latter.

c) Collectively, the HTF studies reveal the complexity of rural health. To effectively address rural health issues, actions may have to be taken on many fronts and sometimes simultaneously. For instance, at the individual level, it may have to help people recognize and change their risk-taking behaviours (e.g., SK325). At the intermediate level, a community development approach could be used to foster social cohesion and community resiliency in order for the community to tackle its health problems. At the wider level, it may be necessary to achieve a better understanding of the broader determinants of rural health (e.g., SK321) and to mobilize efforts to effect fundamental changes. Similarly, with respect to health service provision, it may not suffice to focus just on areas where there are deficiencies. It is equally important to examine the broader service delivery or policy context. The following discussion on the rural health workforce illustrates what it means to take action on many fronts to deal with an intractable problem.

d) Health workforce maldistribution has been, and will continue to be, a problem plaguing many rural communities and perplexing many policy-makers. Although conventional recruitment and retention programs are still useful in certain circumstances, they alone will not overcome the shortages of rural health care workers. If Twillingate, Vermilion, and Wawa had problems in recruiting and retaining practitioners in the 1980s and early 1990s, when there was a perceived "oversupply," how are these small rural communities going to compete with Toronto, Victoria, and Winnipeg in the face of major shortages of physicians, registered nurses, medical laboratory technologists, rehabilitation therapists, and so on? They are unlikely to win the bidding war, even with the financial incentives typically offered by ministries of health when supply problems reach crisis proportions.

A comprehensive and multi-pronged strategy is needed, and several HTF studies have explored various aspects of this strategy. An effective and long-term rural health workforce strategy may include many elements, including:

- the strengthening of local capacity by expanding the knowledge base of local practitioners;
- seeing health human resources as a continuum that encompasses not only formal caregivers, but also informal caregivers and self-care providers;
- adopting the most effective and efficient personnel configuration, such as interdisciplinary collaboration;
- using personnel substitution, where appropriate;
- eliminating health workforce policies or practices that are designed to protect turf rather than the public, such as restrictive occupational regulatory measures and "creeping credentialism"; and
- encouraging collaboration and the pooling of health human resources between institutions, programs, and communities.

e) Not all solutions to rural health problems are to be found in the health care domain. In other words, when dealing with rural health problems, one may have to think "outside the box" for answers. For example, some rural residents must travel long distances to obtain certain types of medical or health care. Several of the HTF studies (e.g., NA131, QC434) show that transportation is a major concern for many rural residents who require medical attention, some of whom do not even have access to an automobile.[5] Thus, one way to improve access is to upgrade the rural transportation network. Unfortunately, the reverse appears to be occurring, In the past decade or so, many rural communities have witnessed the curtailment or suspension of rail, airplane, or bus services, and sometimes services have become so expensive that they present a financial hardship for many people.

f) Telehealth will be important for rural health because it can help overcome some of the disadvantages associated with long distances and small populations. But this does not necessarily mean that every rural community needs to have the most advanced and pricey telehealth system. Telehealth encompasses a broad array of technologies that vary in sophistication, ranging from POTS (plain old telephone system) to robotic surgery. In terms of function, it includes tele-triage, tele-home care, tele-monitoring, tele-rehabilitation, tele-diagnosis, tele-consultation, and tele-education. Determining which of these options are appropriate for a rural community should be guided by such factors as needs, resources, and expertise, and it should be done by means of a needs assessment and a feasibility analysis.

To date, much telehealth evaluation has focused on issues pertaining to technological and clinical effectiveness and user satisfaction. By and large, the results have been consistent: telehealth technology works, and patients are happy with it. Although the pilot testing of telehealth technologies, particularly with respect to clinical efficacy, needs to continue because new devices and applications are being developed all the time, the social, organizational, and policy aspects of telehealth should not be overlooked. As several of the HTF studies show, very often the obstacles to successful telehealth implementation are overextended staff in remote communities, human relations problems between telehealth sites, a failure to integrate telehealth with the rural health services delivery system, and a lack of policies on such matters as physician reimbursement. Moreover, little is known about the effects of telehealth on health services delivery

5. For a discussion of the importance of transportation to the health and well-being of rural residents, see Johnson (1996).

in a rural context, changes in practitioners' roles, patient referral patterns, and long-term implications. For instance, does telehealth enhance rural physician recruitment and retention – as many telehealth enthusiasts claim – or is it an excuse for inaction because of the belief that with the advent of telehealth, physician maldistribution is no longer an issue? Does telehealth support or supplant efforts by rural communities to become more self-sufficient in health services provision? Policy implications such as these have yet to receive the kind of attention they deserve.

7. Conclusions and Recommendations

Rural health is gaining public attention not only because much of Canada is rural and a sizable proportion of Canadians live and work in rural areas, but also because rural residents increasingly realize that in terms of health status, allocation of health resources, and access to health services, they are being outstripped by their urban counterparts. There is a growing sense that what is happening in rural health is not consonant with the ideal of the Canadian health care system or is not consistent with the principles of the Canada Health Act. As Allan Rock, the former federal Minister of Health, remarked, Canada does have a two-tier health care system: a first-tier system for those living in major urban centres and a second-tier system for those living in rural areas.

There is a growing desire to redress the balance and take appropriate action before the situation deteriorates further. Although it is premature to call this a rural health movement, some significant and encouraging developments are occurring on the rural health front:

- the founding of the Society of Rural Physicians of Canada and the publication of the *Canadian Journal of Rural Medicine*;
- the development of special programs in almost all provinces and territories to address rural health issues, particularly rural physician shortages, such as the Rural Physician Action Plan in Alberta;
- the creation of the Office of Rural Health within Health Canada;
- the release in 2000 of a *National Rural Health Strategy* by a group of parliamentarians;
- the strengthening of rural health research with the establishment of rural health research centres and networks such as the Centre for Rural and Northern Health Research, the Rural and Remote Health Research Institute, and the Canadian Rural Health Research Society, as well as the recent appointment of a special adviser on rural health research by the president of the Canadian Institutes of Health Research;
- the recent announcement of the establishment of a rural/northern medical school in northern Ontario; and
- the striking of a new federal Ministerial Advisory Committee on Rural Health.

The funding of a significant number of rural health-related projects by HTF also indicates the importance given to rural health by the various levels of government. The 33 HTF projects and their corresponding evaluation studies, which have been synthesized in this document, have added to our understanding of rural health in Canada and offered insights into what needs to be done. Although many program- or practice-specific recommendations could be derived from the findings of the studies, given the nature of the target audience of this synthesis report, only overarching policy-related recommendations are

provided here. These recommendations broadly parallel the policy implications discussed in Section 6.

- Given the complex and multidimensional nature of rural health, an overall strategy is needed, in addition to region-, discipline-, program-, and issue-specific solutions. The newly established Ministerial Advisory Committee on Rural Health and other similar bodies could be charged with developing such a strategy.
- Many piecemeal and symptomatic solutions have been attempted and found wanting. In order to be effective and have a lasting impact, an overall rural health strategy must address at least some of the broader determinants of rural health.
- An overall rural health strategy must look beyond the health care domain for effective solutions to some of its problems. Thus, a concerted effort, involving many sectors and stakeholders, will be needed.
- Meaningful policies and effective programs to support rural health must be grounded on a better understanding of rural health – they must be evidence-based. There is a need to document and examine rural health in a comprehensive, systematic, objective, and thorough manner. To this end, rural health research needs to be strengthened in this country.
- The shortage of health care practitioners is seen by many as the most urgent and intractable problem facing rural communities. An effective and long-term rural health workforce strategy cannot depend exclusively on incentives to attract health care practitioners to work in rural settings. Incentive-based recruitment and retention programs should be considered just one aspect of a comprehensive strategy that has many dimensions and components, as noted in Section 6(c).

Telehealth is a useful technology, particularly for enhancing rural health. In order for it to be effective in supporting rural health, it must be "owned" by rural communities and practitioners, rather than being another urban-imposed solution.

- While telehealth technologies are developing by leaps and bounds, policies that undergird telehealth services and our understanding of the impact of telehealth on the rural health care system are mostly lagging. There is a need to turn attention to these aspects. Otherwise, telehealth will be forging ahead largely in a policy vacuum.

References

Badgley, R.F. (1991). Social and economic disparities under Canadian health care. *International Journal of Health* Services, *21*, 659-671.

College of Family Physicians of Canada. (1997). National family physician survey. Summary of the results of the survey available on-line at (www.cfpc.ca/Janus/Janushome.htm).

Cruise, D., & Griffiths, A. (1999). *Working the land: Journey into the heart of Canada*. Toronto: Penguin Books Canada.

Fair, M. (1992). Health of the rural population: Occupational mortality patterns. In R. Mendelson & R.D. Bollman (Eds.), *Rural and small town Canada*. Toronto: Thompson Educational Publishing.

Government of Canada. (2001). *Rural action plan: Building our future together.* Available on-line at (http://www.rural.gc.ca/crp_e.html).

Johnson, J.E. (1996). Social support and physical health in the rural elderly. *Applied Nursing Research, 9*, 61-66.

Mansfield, C.J., et al. (1999). Premature mortality in the United States: The roles of geographic area, socio-economic status, household type, and availability of medical care. *American Journal of Public Health, 89*(6), 893-898.

Pampalon, R. (1991). Health discrepancies in rural areas in Québec. *Social Science and Medicine, 33*, 355-360.

Pitblado, J.R., & Pong, R.W. (1995). Comparisons of regional variations in the utilization of medical and dental services in Ontario: A test of several hypotheses. In D.J. McCready and W.R. Swan (Eds.), *Change and resistance: Proceedings of the 6th Canadian conference on health economics*. Kingston, ON: Canadian Health Economics Research Association.

Pitblado, J.R, et al. (1999). *Assessing rural health: Toward developing health indicators for rural Canada.* [Report prepared for Health Canada]. Sudbury, ON: Centre for Rural and Northern Health Research, Laurentian University. Also available on-line at (www.laurentian.ca/www/cranhr/pdf/indicat/indicatrs.pdf).

Pong, R.W. (2000). Reimbursing physicians for telehealth practice: Issues and policy options. *Health Law Review, 9*(1), 3-12.

Pong, R.W., et al. (1995). *Building a stronger foundation: Health human resources in community-based health care: A review of the literature.* [Report prepared for the Federal, Provincial and Territorial Deputy Ministers of Health]. Ottawa: Health Canada. Also available on-line at (www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthcare/Building.htm).

Rosser, W.W. (1999). Application of evidence from randomised controlled trials to general practice. *The Lancet, 353*, 661-664.

Sahai, V.S., et al. (2000). A profile of cardiovascular disease in northern Ontario: Public health planning implications. *Canadian Journal of Public Health, 91*(6), 435-440.

Wilkin, R. (1992). Health of the rural population: Selected indicators. In R. Mendelson & R.D. Bollman (Eds.), *Rural and small town Canada*. Toronto: Thompson Educational Publishing.

World Health Organization (2000). *The world health report 2000. Health systems: Improving performance.* Geneva: World Health Organization.

Appendix A: List of HTF Projects Relevant to Rural Health/ Telehealth

This appendix provides summary information on the HTF projects which were reviewed in the preparation of this document. For further information, please refer to the HTF website (www.hc-sc.gc.ca/htf-fass).

(NA131) Rural Palliative Home Care Demonstration Project: A Collaborative Project Between Nova Scotia and Prince Edward Island

Recipient: Nova Scotia Department of Health

Contribution: $997,800

The Rural Palliative Home Care Project's goal was to implement and evaluate an integrated palliative care project in three rural areas: one in Nova Scotia and two in Prince Edward Island. The project report states that key components of the project included access and referral through a single entry point, the development of a common palliative care assessment tool and home chart, coordination by a case manager, care delivered by an interdisciplinary team, and enhanced education of nursing staff, doctors, and volunteers on palliative care issues. The project had a substantial educational initiative that included front-line education on palliative care issues for health care providers, clergy, and volunteers; resource team education; and continuing medical education for physician and faculty development. The front-line education was given to 226 individuals, and evaluation showed that it was well received and that these individuals retained the knowledge they gained three months after the workshop.

(NA149) Home Care and People with Psychiatric Disabilities: Needs and Issues

Recipient: Canadian Mental Health Association, Toronto

Contribution: $204,900

This national study explored the issue of how adults with serious mental illness (not including Alzheimer's) in Canada might benefit from publicly funded home care services. The project conducted a national evaluation of the accessibility, appropriateness, and effectiveness of existing home care services for adults with serious mental illness by reviewing completed surveys from 77 branches of the CMHA and 140 home care organizations, comments from patients and families in 13 cross-Canada focus group sessions, and information from face-to-face interviews with 142 key stakeholders. Concurrently, site-specific pilot programs were developed, implemented, and evaluated in Taber, Ottawa, and St. John's, showing that there is a variety of ways to integrate mental health and home care. The report recommends a series of changes to policy and practice that would relieve the "revolving door syndrome" of the mentally ill cycling in and out of hospital: making admission planning to home care part of hospital discharge planning, providing more support to caregivers and home care staff, and undertaking intensive case management. The report also makes the case for improving the integration of home care and mental health services in all parts of Canada.

(NA161) Tele–Home Care: Multi-Site Modelling Component

Recipient: The Hospital for Sick Children, Toronto

Contribution: $87,240

This report compares three regionally produced models of tele-home care, one (in Toronto) that was operational and the other two (in Calgary and St. John's) that were theoretical, pinpointing common elements and noting site-specific differences. The project enlisted local hospital and home care personnel to develop the two theoretical tele-home care models by identifying broad service concepts, defining a patient population, pinpointing essential service elements, and making recommendations about technology requirements. The models were then compared with one currently being tested at the Hospital for Sick Children in Toronto. The project developed a "blueprint" for a core Canadian tele-home care service that could enable higher-intensity care in the home for up to six months after hospital discharge: establishing an audio-visual connection between the monitoring centre and the patient, monitoring patients at least once a day, and offering tertiary support to the patient and the community care provider. Tele-home care is an adjunct to, not a substitute for, traditional home care. The result was a better understanding of the nature, advantages, and

adaptability of a new model of service delivery, which may increase health system efficiency but may also help resolve access issues for patients in rural and remote regions.

(NA221) Benzodiazepine Use in the Elderly

Recipient: Association of Canadian Medical Colleges

Contribution: $618,455

This national project tested the feasibility of a Canada-wide drug utilization review as well as a continuing medical education (CME) component for primary care physicians concerning appropriate benzodiazepine prescribing. The inappropriate prescribing of benzodiazepines in the elderly has been well documented. All eight provinces with medical schools have adopted their own approach to the issue. Ontario and Quebec were able to identify physicians with potentially inappropriate patterns of prescribing and to tailor education efforts to these individuals on a confidential basis. Interventions in the provinces included seminars, the mailing of written material, and patient education handouts. Four provinces also used academic detailing. Two provinces used interactive small-group CME. The thrust of the initiative in all locations was non-coercive and educational. At the time of reporting, follow-up analysis had been completed only in Newfoundland and Ontario; Newfoundland showed no major change in group prescribing data, and Ontario showed a very modest decline in individual prescriptions to seniors.

(NA342) Improving the Effectiveness of Primary Health Care Through Nurse Practitioner/Family Physician Collaborative Models of Care

Recipient: Sisters of Charity of Ottawa Health Services

Contribution: $745,695

This study systematically evaluated ways to improve "structured collaboration" between nurse practitioners and family physicians at two intervention and two control sites in rural and remote parts of Ontario. A learning module on collaborative practice was designed, pilot tested, and then introduced at the intervention sites. After completing the module, the participating health care providers (nurse practitioners and family physicians) selected five actions that could be undertaken in the study time frame to strengthen their own collaboration. The project found that changes occurred at the intervention site once an effort had been made to structure the collaboration. Whereas nurse practitioners assumed increased responsibility for curative activities, took on more complex care of patients, and referred fewer situations to family physicians, the physicians did not change their referral patterns – full collaboration, with a high level of two-way referral, was not achieved. Investigators believe that more time and experience is needed for that shift to occur. New, agreed-upon role guidelines were successfully adapted, and, at the comparison site, in-house referrals to physicians increased during the study period.

(NA366) Telecentres for Education and Community Health (TEACH)

Recipient: Memorial University of Newfoundland

Contribution: $199,000

This pilot project aimed to develop, implement, and evaluate a model for delivering primary health care and education in three rural Newfoundland communities by using communications technology. The project analyzed reports from three telehealth sites as well as evaluation forms completed by patients who had used video conferencing or other telehealth applications; researchers also consulted health professionals and technical staff and interviewed key parties, including health care providers. Clients rated telecentre facilities as good or excellent and said that they would use them again. Problems arose, however, with the cost of satellite equipment and the absence of a funding mechanism to compensate doctors for their telehealth work.

(NA402) First Nations National Telehealth Research Project

Recipient: First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada

Contribution: $1,998,000

This project studied how telehealth might improve the access to health services in rural, isolated communities – terms that describe a third of all First Nations and Inuit communities. Five First Nations communities were chosen to pilot this two-and-a-half year telehealth project. The goals were for families to "visit" distant hospitalized patients via video conferencing, for patients to be treated in their

communities through electronic connections with health experts, and for isolated health staff to access training, information, and expertise. Costs were incurred through the introduction of technology and the need to service that technology (infrastructure costs averaged $245,000 to $305,000 per community). The technology raised legal and technical challenges regarding privacy and confidentiality, and it also introduced a need for training and technical support. Telehealth coordination required additional personnel with medical qualifications to facilitate communication with remote providers, a challenge in resource-constrained communities that are facing chronic nurse shortages. This study noted that telehealth "decreases efficiency" in terms of workload by increasing pressures on human resources at the local community level. It also increases the costs of certain allied health services. In order for First Nations and Inuit communities to connect with each other and participate in joint initiatives, telehealth equipment must be standardized and made interoperable. The report concludes that although this evaluation shows that telehealth can be successfully implemented in isolated First Nations communities, without the necessary human, financial, or technical resources, "there is a high risk of project failure."

(NA403) National Telehealth Community Care Pilot: The Nephrology Telemedicine Project

Recipient: Beauséjour Hospital Corporation, Moncton

Contribution: $2,983,200

This pilot study in northeastern New Brunswick had three components: a distance education project used video conferencing to inform First Nations people with diabetes about the risks of chronic renal failure and appropriate lifestyle adjustments; a comparison of the effectiveness of distance versus on-site education of patients prior to dialysis; and supervised dialysis treatments delivered in satellite centres via video link and electronic transmission of data. The first two components of this project, using video conferencing for health education, were promising in receiving positive feedback from patients, but the results were inconclusive due to short time frames and small sample sizes. The third component marked the first time in Canada that telemedicine techniques had been applied to dialysis, and project organizers learned a great deal about planning and implementing complicated new technology and software. Although patients saved money by not having to travel and reported satisfaction with the distance consultation, costs were approximately 10 per cent higher per treatment for dialysis in satellite sites than they were at the hospital. Researchers said this difference might eventually disappear if more intensive use was made of satellite locations for other telemedicine applications.

(NA485) Evaluation of Models of Health Care Delivery in Inuit Regions

Recipient: Inuit Tapirisat of Canada, Ottawa

Contribution: $163,800

This study examined the way health care is delivered in the six disparate Inuit regions of Canada, among populations that have the highest suicide rate, lowest life expectancy, and highest birth rate of all Aboriginal peoples in Canada. Using a holistic, population health-based approach in interviews with 41 key informants and an evaluation of commentary from the Inuit Health Policy Forum, this report lays the foundation for a future analysis of models of health care delivery. It finds that mental health issues and suicide prevention are considered top priorities in al Inuit regions and that all communities have basic, front-line nursing services, although staff shortages are straining the system. Regional differences are evident with respect to physician care. There is a general need for an emphasis on prevention, education, and health promotion and a need for Inuit involvement at all levels of the system in order to integrate traditional knowledge and culture.

(AB301) Alberta Primary Health Care Project

Recipient: Alberta Health and Wellness

Contribution: $11,112,759 – 27 Studies

This report is a meta-analysis of the 27 Alberta evaluation and demonstration programs. The projects addressed primary health care through six key strategies: rural/remote access, illness prevention and health promotion through community development, early intervention and education, system restructuring, integrated service delivery, quality improvement, and community health centre models. Findings from these projects contribute, in various degrees, to an understanding of the six national dimensions of primary health care. Some projects found that existing methods of payment to physicians

discourage them from participating in interdisciplinary and multidisciplinary activity. Many projects exemplified successful integrated service delivery and resulted in improved continuity of care. Others revealed a need for greater information sharing among providers, clients, public agencies, and administrators. Yet others emphasized the importance and benefit of early intervention and public awareness strategies. Rural projects demonstrated successful alternative strategies for advancing primary health care such as telehealth, "settlement nurses," remote health teams, and immunization schedule monitoring. All projects completed individual reports and are accompanied by fact sheets and summaries.

(AB301-17) An Evaluation of Lakeland Regional Health Authority Integrated Community-Based Palliative Care Program

This study piloted and evaluated an integrated palliative care delivery model in a rural area of east-central Alberta. The goal of the project was to improve access to and the quality of palliative care services. The project team consisted of a palliative care consultant physician, a project manager, and a palliative care coordinator, who also served as a nurse consultant. Consultation among health professionals and the palliative care team increased; patients, family, and health providers reported that the quality of care improved; and the project achieved a shift from acute care to community care. The percentage of deaths in the pilot area that were in-home increased dramatically, from about 8 per cent pre-program to almost 30 per cent post-program.

(AB301-19) Evaluation of the Usefulness of Telehealth in Providing Enhanced Primary Health Services to the Northern Geographically Remote Communities of Trout Lake, Peerless Lake, and Red Earth Creek

This project evaluated the effectiveness of an existing telehealth service in providing primary health care to three geographically remote communities. Telehealth services are thought to be useful because they may improve the quantity, continuity, availability, and accessibility of care in isolated communities. However, project staff and participants did not receive sufficient training in telehealth operations, and participants found there were not enough telehealth interactions to conclude whether or not this technology delivered quality care, was cost-effective, or increased access. Very little statistical or perceptual data was available to enable researchers to answer the original question of whether telehealth was useful or not. Project leaders concluded that "under the right conditions and guidance," telehealth might benefit the communities studied.

(AB301-20) What Are the Client Characteristics and Their Perceived Barriers for Non-Adherence to Immunization Schedules and What Impact Will an Immunization Refusal Strategy Have on Subsequent Adherence at Six (6) Months, Twelve (12) Months, and Eighteen (18) Months?

This project aimed to increase immunization rates in the Keeweetinok Lakes Regional Health Authority, a geographically large and culturally diverse region of 25,000 residents, almost 50 per cent of whom are Aboriginal. It hoped to increase immunization rates by inviting people who did not wish to update their child's immunizations either to sign a "refusal" form or to make an appointment for a subsequent immunization. It then followed up adherence at the 12-month, 18-month, and pre-school visit stage. Researchers found that parents' lack of knowledge about vaccines may be the most important single barrier to immunization. Lack of access to clinics was also a major factor. Other barriers to immunization included lack of child care and transportation problems. The project increased the region's immunization rates by about 20 per cent. The written refusal option was found not to be an effective strategy for dealing with under-immunization.

(AB301-22) Primary Health Care Project for Elnora Area

This project set out to develop, implement, and evaluate a primary health care model for rural areas that would incorporate community development principles. It hoped to provide Elnora area residents with affordable, accessible, effective and acceptable health care services through the introduction of a nurse practitioner (NP) at the rural health centre. The NP provided extended nursing practices such as prescribing medication, suturing, physical examinations, and ordering and interpreting lab work. The NP also maintained basic emergency supplies, equipment, and related drugs. On the whole, the project concentrated on "health care services" rather than on factors

contributing to health. However, the services of the NP were used and accepted, and people had no trouble differentiating between an illness or injury that needed a physician's attention and one that could be seen by an NP. In addition, they had increased confidence in emergency response management.

(AB301-23) Remote Primary Health Care System

This pilot project provided residents in three targeted remote communities with a mobile team of health professionals that visited the towns weekly or semi-weekly. The core team consisted of a physician, nurse, pharmacist, laboratory technician, respiratory therapist, and speech language pathologist. A second team provided breast health services, nutritional services, diabetic education, community outreach, and a youth justice resource. The project's goal was to improve access to primary health care, improve community perception of health care services, and develop links with appropriate agencies. Strong and harmonious relationships were formed among mobile team members and between staff and community members. Residents reported high satisfaction with the services they received and did not confuse the mobile services with other health services. Also, there was significantly increased compliance with prescriptions for medications and flu shots.

(AB301-26) Primary Health Services in Four Rural Communities

This project attempted to establish integrated primary health services in four rural communities in the East Central Regional Health Authority of Alberta. It focused on working with these communities in partnership to build an integrated and sustainable primary health system that could eventually be transferred across the region. Each community engaged in new activities as a result of this project, ranging from service inventories to information gathering to planned projects such as a community forum to address bullying at a local school. As the project continued, participants felt the region listened to those involved and recognized that each community would approach the initiative in its own way. By the second phase, there was less concern about turf protection, and all respondents felt the project had established successful partnerships.

(BC403) Eating Disorders Project North (EDPN)

Recipient: Northern Interior Health Unit

Contribution: $277,870

This 18-month project sought to help physicians and residents of rural and remote communities better prevent and treat eating disorders closer to home. It involved 30 communities and 385 participants. Organizers convened a committee of regional advisers on a monthly basis, used surveys to investigate community needs and resources, and then prepared and offered a variety of multi-day training sessions on prevention, intervention, and therapy. The study suggests a theoretical framework that could be integrated into a provincial/federal policy on eating disorders. The framework describes and promotes a more comprehensive and integrated approach to prevention, intervention, therapy, and diagnosis, and it makes the case for more resources for treating eating disorders.

(BC422) Integrated Postpartum Care and Lactation Support

Recipient: North West Community Health Services Society

Contribution: $63,037

This project developed a partnership between an acute care hospital and public health services to provide postpartum care in an isolated, semi-urban, northern community in British Columbia. The project was undertaken in response to concerns about the effects of early discharge from hospital on postpartum outcomes, particularly breastfeeding. Women could attend a clinic seven afternoons a week or receive a home visit during the first two weeks postpartum. Topics addressed at the clinic included breastfeeding, baby development, family adjustment, and links with other services. Client satisfaction was high, and health care providers expressed confidence in the service. However, the 12-month time frame did not permit an evaluation of health outcomes.

(NF301) Primary Health Care Enhancement Project

Recipient: Department of Health and Community Services, Government of Newfoundland and Labrador

Contribution: $2,181,823

This project evaluated Newfoundland's Primary Health Care Enhancement Project (PHCEP) at three rural sites within the province. PHCEP, an initiative of the Province of Newfoundland and Labrador that was funded jointly by the HTF and the province, focused on three urgent rural health care issues: the recruitment and retention of health professionals, continuity of care, and the movement toward a primary health care model. Recruitment and retention problems were tackled by multidisciplinary medical services and teaching units at each site. Continuity of care was addressed by establishing nurse practitioners. The third component was the use of video conferencing equipment for clinical consultations, the dissemination of health information, and the creation of professional development opportunities.

(NT401) Improving the Effectiveness and Efficiency of Programs for Aged, Disabled, and Chronically Ill Individuals

Recipient: Department of Health and Social Services, Government of the Northwest Territories

Contribution: $79,000

This project developed and implemented a new Continuing Care Assessment Package (CCAP) to assess clients requiring continuing care in the Northwest Territories. The use of the standardized tool helped direct clients to community-based services that provide a continuum of care as a cost-effective alternative to institutionalization. Data collected through the CCAP also facilitated better planning for service delivery, housing, and other resource needs. The report of this pilot project points out barriers such as resistance to change, but the principal problem was staff turnover. In small jurisdictions, the loss of expertise when a person leaves has a serious effect on program implementation. The authors suggest a written manual and continuing training as solutions to these concerns. They also point out the importance of supportive management in gaining acceptance of a new tool. The CCAP proved to be an effective way of making more objective, standardized assessments, thus making access to continuing care fairer and more effective.

(ON121) Integrated Cardiac Home Monitoring Pilot Project

Recipient: Scarborough General Hospital

Contribution: $650,000

The Cardiac Home Ambulatory Monitoring Project (CHAMP) was a randomized control trial of the home monitoring of patients with congestive heart failure (CHF) after their discharge from hospital following an acute cardio-respiratory episode. The study's primary aim was to see if more intensive, cost-effective monitoring at home could lower readmission rates and improve patient outcomes, functional status, and the cost-effectiveness of the cardio-respiratory program.

The study group received the standard care in addition to being educated about the symptoms of CHF, medication, exercise, and nutrition. Participants were given a "Life Signs System"® monitoring technology that could record and transmit vital signs via the telephone to a central repository where it could be reviewed by project staff registered nurses. Results showed the study group had statistically significant higher health satisfaction scores and that telephone consultation averted 32 per cent of emergency visits in the study group. The rate of readmission was 4 per cent in both groups, but the clinic reported that by monitoring the patients at home, it could increase its volume of patients assessed each week from 50 to 82.

(QC305) Supraregional Mother-Child Network

Recipient: L'Hôpital Sainte-Justine

Contribution: $2,278,514

This project established a "mother-child network" among hospitals in four health regions in Montréal and the surrounding area, reaching into rural areas north of the city, to lighten the burden on urban centres by shifting primary and secondary care to hospitals close to patients. The project used telemedicine technologies and telehealth training

for practitioners. Clinical practice was reorganized to care for mothers and children in hospitals near their home, and the project developed coordination mechanisms to ensure a continuum of care during the transfer process. The evaluation of the project records some success, particularly at the level of operational coordination. The telemedicine aspect of the project also improved access to services in isolated areas where qualified doctors were rare. No estimate of cost-effectiveness could be done because of current data-collection practices. The authors note that one of the most intractable obstacles was that parents preferred to go to a hospital emergency department because they knew they could find pediatricians there. During the short time period of the study, access patterns did not change significantly.

(QC323) Putting in Place an Information-Technologies-Supported Training Program Aimed at Nursing Staff for Delivery of Health Services in Isolated Communities

Recipient: Centre de santé de la Basse Côte-Nord, Lourdes-de-Blanc-Sablon, Québec

Contribution: $748,213

This pilot project developed a continuing education curriculum for nurses in the isolated lower North Shore region of Quebec. Three 45-hour units were delivered through video conference technology. Originally, the project had hoped to teach nurses some advanced techniques because doctors were not likely to be available in these isolated settings. This goal had to be set aside when the Collège des médecins du Québec insisted that protocols related to nurses performing these techniques must be agreed upon by the professional bodies concerned. Alternative curricula were therefore developed and taught. The nurses acquired new knowledge and were generally satisfied with the courses, although a majority of participants reported that limited changes occurred in actual practice. They also asked for clinical supervision in addition to the video conference. The experience resulted in improved collaboration between doctors and nurses and in more positive attitudes to distance education.

(QC402) Impact of Methods for Integration of Emerging Services in the Laurentians Public Health Region in Quebec

Recipient: Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides

Contribution: $310,975

The *Régie régionale* of the Laurentians health region of Quebec restructured its health and social services, as required under the province's recent reforms. This study evaluates the results of this region's approach to providing more services outside of institutional settings (*le virage ambulatoire*) and to increasing the integration of services. The evaluation is complicated by the division of the region into five subregions, each with its own approach, based on its distinct geographic, demographic, and socio-economic characteristics. The authors find some association between the characteristics of the subregions and the extent to which the integration of services has been achieved. They conclude that the *Régie régionale*'s initiative has been successful in starting an important process of change in the desired direction and recommend that the *Régie* continue to respect the diversity of the sub-regions, noting that what succeeds in one may not be appropriate for another. The authors make other specific recommendations concerning factors that will promote changes in practice, including making financial incentives consistent with the integration of services. They also recommend measures that will continue to ensure that services respond to the needs of a diverse population.

(QC[illegible]) Establishment of a Regional Network of Clinics for the Prevention of Heart Disease

Recipient: Complexe hospitalier de la Sagamie

Contribution: $638,000

This pilot project was designed to create a network of rehabilitation and secondary prevention services for patients suffering from cardiovascular illnesses. Services were provided locally, in communities in six sectors located in the Saguenay-Lac-Saint-Jean health region. These services promoted healthy lifestyle choices as a means to risk management. The first eight months of the project were devoted to mobilizing the communities and developing an organizational and operational structure. All the institutions that were to house a clinic signed a formal agreement before the operational phase; this framework was essential to the

management and success of the project. Patients were referred by their doctors at the hospital and received individual and group counselling about lifestyle issues. The evaluation of the preventive program found some effects on blood lipid levels and activity levels. No analysis was undertaken of possible cost savings to the health system; the evaluation concentrated on the planning and implementation process and described various facilitating factors and barriers that were encountered. The report recommends increasing ties with doctors to improve the rate at which patients are referred to the network.

(QC425) Telemedicine Serving Quebec Regions: A Demonstration Project in the Magdalen Islands

Recipient: Centre hospitalier universitaire de Québec

Contribution: $810,087

The challenge of offering specialized services to people living in remote regions was the driving force behind this telehealth project in the Magdalen Islands. The hospital there was linked, principally by video conferencing, with specialists in hospitals in Quebec City and the Gaspé. The equipment permitted consultations about patient care and continuing education sessions for health care professionals in the Magdalen Islands. Transport to urban centres was avoided in a number of cases; occasionally, a decision to transport the patients was made after consultation. Both professionals and patients were generally satisfied with the process. The authors note that the project's success was helped by the fortuitous arrival of a provincial telecommunications network for health and social services. It also built on previous telehealth experience and on existing hospital and doctor networks. The people responsible for implementation held key posts in their respective organizations and encouraged physician participation and consensual decision-making. The report identifies a number of challenges, particularly technological problems and difficulties related to physician remuneration.

(QC431) Capitation Project in the Haut Saint-Laurent RCM

Recipient: Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Contribution: $3,171,031

This extensive project was designed to integrate primary services in a rural *Municipalité régionale de comté* (MRC, a regional county municipality) in the Haut-Saint-Laurent region of Quebec. The purpose was to provide efficient, quality primary health care that was accessible to all of the region's 25,000 residents. Responsibility for coordination on a territorial basis was given to a planning forum under medical leadership. Changes included doctors being remunerated for time spent on organizational and management activities, nurses being hired to work in medical centres, and services being restructured across the MRC to increase *complementarité* (lack of duplication) among the different institutions and organizations. In addition, a communication system for transmitting clinical information between practitioners and institutions was developed, and seven databases were integrated into one. The preliminary results indicate an improvement in continuity; a lack of duplication among institutions, enabling more patients to be cared for in their region; and less use of hospital resources. Researchers note that information in the data bank will contribute to the efficient allocation of resources, in part by allowing managers to track individuals' use of services. Stable funding is currently being sought to continue the project.

(QC432) Citizen Participation in the Emergence of Alternative Solutions to Meet Primary Health Services Needs in "Healthy Towns and Villages" Communities

Recipient: Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Contribution: $108,831

This project described and evaluated a community development process for implementing primary care services in five small municipalities (with populations of 200 to 3,000) in Abitibi-Témiscamingue. The community development process, called *Villes et villages en santé* (VVS), brought together committees of citizen volunteers, elected municipal officials, municipal employees, and health service providers, particularly from the CLSC. These committees

determined priorities and proposed innovative responses to local primary care needs. The principal lesson learned from the experience was that community development is a time-consuming exercise and that simultaneously starting up a VVS committee *and* achieving concrete primary care results proved challenging. The authors explore the challenges and conclude that these factors could in time be overcome.

(QC434) Putting in Place an Integrated System for Persons with Severe and Persistent Mental Health Problems

Recipient: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Nunavik, Kuujjuaq, Québec

Contribution: $488,238

This pilot project tackled growing psychosocial problems and high suicide rates in Nunavik by housing, supporting, and employing people suffering from severe and chronic mental health problems who might otherwise be sent to Montréal. The project's integrated approach built on pre-implementation work: preparing communities, spelling out objectives and procedures, and clarifying accountability. During the nine months of the centre's operation, 12 clients were served and achieved greater independence. The majority managed to deal effectively with their addictions problems; only one client was hospitalized during the program. As a result of this project, there is now a new resource in Inukjuak, and the study concludes that the materials developed by the project might be useful in other isolated communities.

(SK321) Women's Diverse Roles in the Farm Economy and the Consequences for Their Health, Well-Being, and Quality of Life

Recipient: University of Regina

Contribution: $13,928

This study is a broad-brush look at issues affecting rural farm women in Saskatchewan. The researchers surveyed 717 farm women and interviewed informed professionals; they suggest that specific factors lead to the health care concerns unique to this group, such as stress, financial constraints, high workloads, isolation, and chemical use. The study embraced a wide range of issues, from farm women's concepts of feminism to leisure-time activities and exercise routines.

(SK325) Agriculture Health and Safety Program

Recipient: Midwest District Health

Contribution: $82,681

This project aimed to reduce the incidence of occupational injury and disease among farmers in the Midwest District of Saskatchewan. Almost half the area's working population reports farming as their primary job. The project employed a registered nurse to provide health screening and health education to 159 farmers by travelling around the district in a mobile health and safety unit. Participants were given lung-function tests, hearing tests, back and joint assessments, and stress assessments. The nurse also provided individualized education and referral to other health professionals when needed. Farmers were encouraged to identify their own health risks and to reduce those risks. This project was well received by participating farmers; many said that the program led to changes in their work practices that reduced risk and improved health. Almost all said that they would recommend the program to others, and nearly all felt the mobile approach to care was more effective than the traditional system. A significant number of participants were referred to specialists.

(SK326) Enhanced Rural Rehabilitation

Recipient: Assiniboine Valley Health District

Contribution: $177,513

This project hoped to improve rehabilitation services in the Assiniboine Health District by using three full-time physiotherapy assistants (PA) to work along with two full-time physiotherapists. Three PAs were hired at less cost than full-fledged physiotherapists to carry out a variety of tasks, including clerical work, patient education, and exercise therapies. An internal evaluation concluded that both the number of patients receiving treatment and the frequency of treatments increased while the length of time that patients spent in hospital decreased. Also, there were fewer back, shoulder, and neck injuries to health care workers, and the number of patient falls decreased. However, the study found that patients waited longer for physiotherapy services, possibly as a result of increased physician referrals based on their confidence that the system could accommodate them.

(SK401) An Evaluation of the Impact of Rural Health Service Restructuring and Integrated Service Delivery: A Public Opinion Survey

Recipient: Health Services Utilization and Research Commission

Contribution: $140,130

The restructuring of Saskatchewan's health care system since 1991 resulted in the elimination of acute care in many small rural hospitals and the integration of services under regional health boards. This public opinion survey asked a large sample of residents in the affected areas about how funding cuts had affected their access to health services, their health status, and their community's viability. Despite the fact that health status had not apparently been affected, the study found widespread dissatisfaction with the health care system and lingering resentment about the changes. Higher levels of satisfaction were associated with strong community leadership, the replacement of hospital acute care with acceptable alternatives, local support for innovative solutions, and effective communication with partners both in and outside the community. The study concludes, nonetheless, that information, community involvement, and transparent communication are necessary but not sufficient conditions to create support for changes in systems that have deep roots in a community. The authors note that such discrepancies between perceptions and realities hinder the effectiveness of policy changes and leave the debate mired in rhetoric and fallacies. They recommend more effective communication and consultation processes, particularly regarding informing the public of the real effects of the changes. Study SK422 complements this study; the two initiatives resulted in a common report.

(YT421) Adult Day Program

Recipient: Yukon Government

Contribution: $71,400

This pilot project provided a community-based day program to both people with physical impairments and people with cognitive impairments. The challenge was to meet the diverse needs of these different populations in the same program, as required by the budget of a small jurisdiction. Evaluation after one year indicated a high level of client satisfaction, including appreciation from family caregivers for the respite the day program offered them. The day program saved money by delaying institutionalization and decreasing the number of hours of home care provided to these clients. The report concluded that such a program can work; indeed, longer-term funding has subsequently been obtained to continue the program.

Santé Canada Health Canada

DE LA CONNAISSANCE À LA PRATIQUE

Le Fonds pour l'adaptation des services de santé

SÉRIE DE RAPPORTS DE SYNTHÈSE

La santé rurale et télésanté

Canada

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Les opinions exprimées dans ce rapport sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les points de vue de Santé Canada.

Il est interdit de reproduire ce document à des fins commerciales, mais sa reproduction à d'autres fins est encouragée, à condition que la source soit citée.

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

Pour obtenir plus de renseignements ou des copies supplémentaires, veuillez communiquer avec :

Publications
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9
Tél : (613) 954-5995
Téléc. : (613) 941-5366

Ce document est offert sur le site Web de Santé Canada : http://www.hc-sc.gc.ca

© Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002

Cat. H13-6/2002-6
ISBN 0-662-66309-8

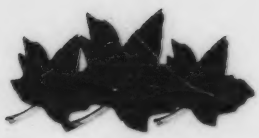
DE LA CONNAISSANCE À LA PRATIQUE

Le Fonds pour l'adaptation des services de santé

SÉRIE DE RAPPORTS DE SYNTHÈSE

La santé rurale et télésanté

Raymond W. Pong, Ph.D.
Directeur de la recherche
Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord
Université Laurentienne



Ce rapport s'inscrit dans une série de dix rapports faisant la synthèse des résultats de projets du FASS dans les domaines suivants : les soins à domicile, les questions pharmaceutiques, les soins primaires, la prestation de services intégrés, la santé des Autochtones, la santé rurale/télésanté, la santé mentale, la santé des enfants et la santé des personnes âgées. Le dixième document est une analyse générale. Tout ces documents sont disponibles sur le site Web du FASS (**www.hc-sc.gc.ca/htf-fass**), qui présente également de l'information sur chacun des projets du FASS.

Condensé

Le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS), issu d'un effort conjoint des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, a été créé à même le budget fédéral de 1997 pour encourager et appuyer le processus décisionnel fondé sur les faits dans le cadre de la réforme des soins de santé. Entre 1997 et 2001, le FASS a financé environ 140 projets-pilotes et études d'évaluation dans l'ensemble du Canada. Afin de communiquer aux décideurs les constatations faites par les chercheurs dans le cadre des projets, des experts ont synthétisé les principaux résultats relatifs aux processus et aux situations dans neuf domaines bien distincts : les soins à domicile, l'assurance-médicaments, les soins primaires ou soins de santé primaires, la prestation des services intégrés, la santé des enfants, la santé des Autochtones, la santé des personnes âgées, la santé dans les régions rurales et la télésanté, et la santé mentale. Le présent document résume les principales notions acquises à la faveur de 33 projets entrepris sous le thème de la santé dans les régions rurales ou santé rurale et la télésanté. Ce document a été préparé par M. Raymond W. Pong, directeur de la recherche au Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord de l'Université Laurentienne.

La santé des Canadiens dans les régions rurales (santé rurale)

Bien qu'il n'existe pas de définition universelle de « rural », on s'entend généralement pour dire qu'au Canada, la masse terrestre est rurale et qu'environ un quart, voire un tiers de la population canadienne vit en milieu rural, selon que l'on se sert de la définition de Statistique Canada ou d'une autre, moins restrictive. Autrement dit, jusqu'à 10 millions de Canadiens vivent essentiellement dans des régions ou des communautés rurales.

La « santé rurale » s'entend donc de la santé des personnes qui vivent dans des régions rurales, dans le Nord, dans des régions éloignées et dans de petites villes. Cette expression peut signifier bien des choses, entre autres : l'état de santé des personnes qui vivent en région rurale, les conditions qui prévalent dans les communautés rurales et qui influent sur la santé, la perception que les gens des régions rurales ont des questions de santé ou leurs réactions aux problèmes de santé, les politiques, les technologies, les thérapeutiques ou les méthodes adoptées pour régler les problèmes de santé dans les régions rurales, l'aménagement des services et la mobilisation des professionnels pour répondre aux besoins de la population rurale en matière de santé.

De plus en plus d'indices portent à croire que, dans les régions rurales, tout n'est pas toujours rose au chapitre des soins de santé. Comme en font état certains journalistes et plusieurs études scientifiques, les communautés rurales ne sont pas nécessairement des endroits sains et l'état de santé des Canadien en milieu rural est inférieur à celui des personnes qui vivent dans les villes.

Le mot « rural » évoque de longues distances entre les grandes villes, l'éloignement, l'isolement, une population éparse et, bien souvent, de piètres modes de transport et un climat rigoureux. Les caractéristiques géographiques et démographiques d'une collectivité influent bien souvent sur ses activités économiques et sur ses relations sociales qui, à leur tour, pourraient avoir une incidence sur le mode vie, les comportements liés à la santé, les attitudes à l'égard de la santé et, indirectement, sur l'état de santé. Les ressources et les services en matière de santé dépendent, dans une certaine mesure, de l'emplacement et de la taille de la collectivité. Ces deux facteurs déterminent, à leur tour, les stratégies de prestation et les habitudes d'utilisation. Tout cela contribue à l'unicité de la santé rurale.

Les principales constatations des projets et des études se rapportant au FASS sont regroupées sous trois grands thèmes : la santé rurale, la télésanté et les travailleurs de la santé rurale.

La santé rurale

Les résidents des régions rurales se plaignent généralement du manque d'accès aux services de santé. Comme on pouvait s'y attendre, les problèmes d'accès sont directement proportionnels à la taille et

à l'éloignement des collectivités. Les problèmes de transport, souvent malcommode et coûteux en milieu rural, et le manque de ressources contribuent aux problèmes d'accessibilité. Au nombre des ressources inadéquates qui ont été mentionnées, la pénurie de ressources humaines dans le secteur de la santé est considérée comme étant la plus grave.

La plupart des projets sur le FASS visaient à explorer les moyens de surmonter les problèmes d'accès des habitants des régions rurales aux soins de santé, de régler la pénurie de professionnels de la santé et d'établir de meilleurs mécanismes de prestation des services de santé. Parmi ceux-ci, citons l'intégration des services, le développement communautaire, les services mobiles, des stratégies novatrices à l'égard des travailleurs de la santé et l'adoption de la télésanté.

Certaines études relatives au FASS ont fait valoir que les problèmes de santé rurale sont souvent attribuables à des facteurs plus profonds : les déterminants de la santé que sont les facteurs sociaux, culturels, comportementaux, économiques et environnementaux. Si l'on ne modifie pas ces conditions fondamentales, le simple fait d'ajouter davantage de professionnels ou de services ne contribuera guère à améliorer l'état de santé des populations rurales.

La télésanté

La télésanté est, de façon générale, l'utilisation des technologies des communications et de l'information dans le but de réduire les distances entre les dispensateurs et les utilisateurs des soins de santé. La télésanté est de plus en plus perçue comme un précieux outil permettant d'améliorer la prestation des services de santé, notamment dans les régions rurales et éloignées où les ressources et les compétences en matière de soins de santé sont souvent rares, voire inexistantes.

Tous les projets de télésanté reliés au FASS y voient un moyen d'améliorer la prestation des services de santé en milieu rural et de permettre aux régions rurales et éloignées de bénéficier des services de diagnostic, de traitement et de réadaptation; de réduire le nombre des transferts de patients dans les centres urbains et d'assurer une formation continue aux professionnels de la santé en milieu rural.

La plupart des projets sur le FASS ayant trait à la télésanté faisaient état de la satisfaction de ses utilisateurs. Pour plusieurs projets, la télésanté a donné de bons résultats pour l'enseignement des patients et pour les programmes de formation continue destinés aux professionnels de la santé dans les régions rurales. Ces derniers étaient jugés particulièrement importants du point de vue du recrutement et du maintien de l'effectif, étant donné qu'ils pourraient réduire le sentiment d'isolement. La télésanté a aussi contribué à réduire le nombre de patients qui devaient parcourir de longues distances pour obtenir des soins médicaux. Ces résultats généralement positifs ont souvent été obtenus à des coûts élevés. Par ailleurs, l'utilisation de certains projets de télésanté était faible, ce qui soulevait la question du bien-fondé des coûts.

Ressources humaines dans le secteur de la santé

La pénurie grave et persistante de professionnels de la santé dans les régions rurales est la principale préoccupation dont font état les projets reliés au FASS et d'autres études sur la santé rurale. Certains projets du FASS ont essayé de nouvelles approches.

Quand il y a pénurie de personnel, cela veut souvent dire que les professionnels des régions rurales n'ont pas nécessairement les connaissances ou les compétences voulues pour prodiguer des soins requis ou pour prendre les décisions cliniques qui s'imposent. Plusieurs projets se sont donc efforcés de régler le problème en élargissant la base des connaissances des professionnels en milieu rural. Cette stratégie sera sans doute la plus viable et la plus durable à long terme, puisqu'elle vise à optimiser l'autonomie des collectivités rurales en matière de ressources humaines dans le secteur de la santé.

Une autre approche est celle axée sur les équipes interdisciplinaires. En travaillant en équipes, les professionnels de la santé peuvent optimiser leur productivité et créer une synergie sur le plan des

connaissances. La collaboration entre médecins et infirmières praticiennes, qui a été adoptée par plusieurs projets du FASS, est un mode de collaboration interdisciplinaire. Il semblerait que ce modèle convienne particulièrement bien aux communautés rurales, où il n'y a bien souvent pas assez de médecins, ceux qui y travaillent étant déjà surchargés.

La substitution de personnel – soit lorsqu'une catégorie de personnel soignant fait le travail d'une autre – est un autre moyen de palier à la pénurie de ressources humaines dans le secteur de la santé. En milieu rural, lorsqu'il se révèle difficile de trouver certaines catégories de professionnels de la santé, il est logique de se prévaloir le plus possible des ressources humaines disponibles, tant que l'on ne risque pas de compromettre la santé et la sécurité des patients ou du public. Un exemple de cette approche, dans le but d'améliorer les services de réadaptation dans les régions rurales, est le recours aux aides en physiothérapie pour prêter main-forte aux physiothérapeutes.

Enfin, plusieurs projets ont eu recours à des soignants officieux ou non professionnels – c'est-à-dire des personnes qui prodiguent des soins à titre bénévole – dans le cadre de leur stratégie pour les ressources humaines dans le secteur de la santé. On donne des soins officieux partout, mais les soignants non professionnels jouent un rôle particulièrement important en milieu rural en raison de la pénurie de soignants officiels et de l'absence de nombreux services structurés.

Problèmes et questions à régler

Il reste des problèmes et des questions à résoudre.

- Pour entreprendre le genre de réformes ambitieuses sur le plan de la prestation des services de santé dans les régions rurales, telles qu'envisagées par certains projets du FASS, il faudrait prévoir une planification détaillée du projet et bien le situer dans le cadre plus large des politiques ou du système de prestation des services de santé. Tous les projets n'ont pas accordé suffisamment d'attention à ces questions.
- Certaines tentatives de recours à des stratégies novatrices pour les ressources humaines dans le secteur de la santé, telles que la collaboration entre médecins et infirmières praticiennes, ont été compromises parce que l'on n'avait pas obtenu le consentement préalable des médecins sur place, parce que des modèles de financement des soins de santé « pénalisaient » le recours à d'autres dispensateurs de soins de santé et parce qu'il existait des dispositions trop strictes, notamment sur la portée de la pratique, dans la législation sur les professions de la santé.
- Plusieurs projets de télésanté ont connu des difficultés techniques. Ce genre de problèmes risque de compromettre le succès de la télésanté dans les collectivités éloignées où le savoir-faire technique est quasi inexistant lorsque de tels problèmes se présentent.
- Une façon novatrice d'assurer la prestation des soins de santé, par exemple le recours à la télésanté pour améliorer l'accès à des services plus proches, risque de se voir compromise à la suite d'un manque de collaboration ou de compréhension de la part des utilisateurs des services. Avant d'instituer de nouveaux modes de prestation des soins, il semble donc nécessaire de sensibiliser les patients ou les consommateurs.
- Certains projets de télésanté ont connu des difficultés, non pas d'ordre technique, mais attribuables à des problèmes d'organisation et de relations humaines, notamment lorsque des personnes ou des organismes qui appartenaient à un même réseau ne collaboraient pas. Par ailleurs, on n'a pas accordé suffisamment d'attention à l'intégration de la télésanté au système actuel de prestation des services de santé.
- Certaines politiques actuelles en matière de soins de santé, voire leur absence, compromettent l'adoption généralisée de la télésanté au Canada. L'obstacle le plus souvent mentionné est l'absence de politiques de remboursement aux médecins qui fournissent des services de télésanté.

Incidence sur les politiques et la pratique

Plusieurs « grandes » questions de principe ont été identifiées.

- Les 33 études qui ont été examinées et résumées dans le présent rapport ne donnent pas, et n'avaient nullement l'intention de donner une vue globale de la santé rurale. Il est cependant urgent de documenter et d'examiner les questions de santé rurale de façon globale, systématique, approfondie et objective si l'on veut que les décisions stratégiques et la planification des programmes soient fondées sur des preuves systématiques et non sur des anecdotes.
- On ne peut régler plusieurs problèmes de santé rurale par des mesures adoptées partielles. La santé rurale étant tributaire de nombreux facteurs qui façonnent la vie rurale, on ne parviendra pas à améliorer sensiblement la santé de la population rurale tant que l'on n'aura pas éliminé ou réduit les obstacles sociaux, économiques, professionnels et écologiques qui l'entravent. Si l'on veut régler les questions de santé rurale, il faudra peut-être prendre des mesures sur plusieurs fronts, parfois simultanément.
- La mauvaise répartition des travailleurs de la santé est et demeurera un grand problème. Les programmes traditionnels de recrutement et de conservation des effectifs demeurent encore utiles, mais ils ne peuvent, à eux seuls, régler le problème de la pénurie des travailleurs de la santé en milieu rural. Une stratégie détaillée à plusieurs facettes s'impose.
- Ce n'est pas dans le secteur des soins de santé que l'on trouvera toutes les réponses aux problèmes de santé rurale. Autrement dit, il sera peut-être nécessaire de « sortir des sentiers battus » pour régler les problèmes de santé rurale.
- La télésanté deviendra importante pour la santé rurale du fait qu'elle peut contribuer à remédier à certains problèmes inhérents aux grandes distances et aux petites populations. Cependant, on ne sait pas trop quelle est l'incidence de la télésanté sur la prestation des services de santé en milieu rural, quels sont les changements qu'elle entraîne dans le rôle des professionnels de la santé et dans les modes d'aiguillage des patients, et quelles sont les conséquences à long terme. Ces incidences sur le plan de l'élaboration des politiques n'ont pas encore reçu l'attention qu'elles méritent.

Recommandations

Les 33 projets se rapportant au FASS, qui ont été résumés dans le présent rapport, nous ont permis de mieux comprendre les questions de santé rurale au Canada et d'avoir une meilleure idée de ce qui doit se faire dans ce secteur. Ces projets ont débouché sur plusieurs recommandations de portée générale au niveau des politiques.

- Compte tenu de la complexité et des nombreuses facettes de la santé rurale, une stratégie globale s'impose en plus de solutions appropriées aux régions, aux disciplines, aux programmes et aux enjeux. L'élaboration de cette stratégie pourrait être confiée au nouveau Comité consultatif ministériel sur la santé rurale et à d'autres instances semblables.
- On a essayé d'adopter plusieurs solutions fragmentaires et symptomatiques, qui laissent à désirer. Si l'on veut qu'elle soit efficace et durable, une stratégie globale en matière de santé rurale doit, à tout le moins, porter sur certains de ses grands déterminants.
- Si l'on veut trouver de bonnes solutions à certains problèmes, une stratégie globale en matière de santé rurale doit dépasser le cadre des soins de santé, ce qui suppose une certaine concertation entre plusieurs secteurs et intervenants.
- Une meilleure compréhension de la santé rurale doit être le fondement de politiques concrètes et de programmes efficaces en matière de santé rurale – autrement dit, ceux-ci doivent reposer sur des résultats cliniques et scientifiques. La santé rurale doit être documentée et examinée de façon globale, systématique, objective et approfondie. Il faut donc renforcer la recherche en santé rurale dans notre pays.

- Plusieurs estiment que la pénurie de professionnels de la santé est le problème le plus urgent et le plus épineux qui se pose dans les régions rurales. Une stratégie efficace et à long terme pour les travailleurs de la santé en région rurale ne peut se fonder exclusivement sur des mesures incitatives visant à les y attirer. Tel que précisé à la Section 6(4), les programmes de recrutement et de conservation des effectifs fondés sur des mesures d'encouragement ne devraient être qu'un des volets d'une stratégie globale à plusieurs aspects et composantes.
- La télésanté est une technologie utile, surtout pour améliorer la santé rurale. Si l'on veut qu'elle soit vraiment efficace pour la santé rurale, il faut qu'elle « appartienne » aux communautés rurales et aux professionnels de la santé, et non qu'elle soit une autre solution imposée par le milieu urbain.
- Les technologies à l'appui de la télésanté font des bonds de géant, mais il existe de grandes lacunes au niveau des politiques sur les services de télésanté et en ce qui concerne notre compréhension de l'incidence de la télésanté sur le système des soins de santé en milieu rural. Le moment est venu de tenir compte de ces aspects, sinon la télésanté évoluera en grande partie dans un vide sur le plan des politiques.

Préface

Au Canada, depuis quelques années, on examine attentivement le système de santé afin d'en améliorer la qualité et la rentabilité. Les restrictions budgétaires et l'évolution démographique poussent à étudier de près des moyens devant permettre de rendre ce système plus efficace, tout en garantissant des services de grande qualité à la fois abordables et accessibles. Dans ce contexte, il était nécessaire de réunir plus de données issues de l'étude d'approches et de modèles de soins de santé concluants ou non. En réponse à cette demande de données et pour donner suite à la recommandation du Forum national sur la santé, la création du Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) a été annoncée dans le budget fédéral de 1997 afin d'encourager et de soutenir des décisions reposant sur les faits dans la réforme des soins de santé.

Le FASS, fruit d'un effort conjoint des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, a financé 141 projets-pilotes et études d'évaluation réalisés dans l'ensemble du Canada entre 1997 et 2001, pour un coût total de 150 millions de dollars. De cette somme, 120 millions ont servi à financer des projets provinciaux et territoriaux et le reste, soit 30 millions, a été affecté aux initiatives nationales. Le Fonds a ciblé des initiatives dans quatre domaines prioritaires : les soins à domicile, les produits pharmaceutiques, les soins de santé primaires et la prestation des services intégrés. Chemin faisant, d'autres sujets importants sont apparus en plus des quatre thèmes originaux, notamment : la santé des Autochtones, la santé dans les régions rurales et la télésanté, la santé des personnes âgées, la santé mentale et la santé des enfants.

Les projets du FASS sont terminés au printemps 2001. Afin de communiquer aux décideurs les données recueillies pendant leur réalisation, on a demandé à des experts de synthétiser les enseignements clés tirés du processus et des résultats pour chacun des thèmes retenus. Le présent document résume donc les principales leçons tirées des projets qui portaient sur la santé rurale et la télésanté. Il a été préparé par Raymond W. Pong, directeur de la recherche au Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord de l'Université Laurentienne.

Nature unique des projets du FASS

Le FASS était tout à fait différent des organisations canadiennes qui financent les recherches en santé, telles les instituts de recherche en santé du Canada et celle d'avant, le Conseil de recherches médicales du Canada.

- Le FASS était un fonds à durée déterminée. Autrement dit, les projets devaient être conçus, financés, mis en œuvre et évalués en l'espace de quatre ans, ce qui est très court lorsque l'on parle de réforme.
- Le FASS était déterminé par les exigences politiques. Les décideurs qui participaient au processus de sélection, voulaient se concentrer sur certaines questions en suspens sur les quatre thèmes, dans l'espoir que les résultats apportent des faits ou aident à définir l'orientation future des politiques et des programmes.

Afin d'encourager les projets à traiter certaines questions et à produire des résultats utiles aux décideurs, le FASS a défini un cadre d'évaluation comportant six éléments (accès, qualité, intégration, résultats sur le plan de la santé, rentabilité et transfert). Chaque projet devait formuler un plan d'évaluation visant autant de ces éléments que nécessaire. De plus, tous les projets du FASS devaient comporter un plan de diffusion des données (qui serait financé) afin de s'assurer que les résultats seraient effectivement communiqués à ceux qui pouvaient en faire le meilleur usage. En plus de ces plans de diffusion individuels, le Secrétariat du FASS applique une stratégie de diffusion nationale dont ces documents de synthèse sont une des composantes. Cet accent mis sur l'évaluation (enseignements tirés systématiquement de l'expérience acquise dans le cadre des projets-pilotes) et la diffusion (partage actif des résultats) était unique à cette échelle.

La plupart des projets nationaux ont été choisis par un comité intergouvernemental à la suite d'un appel de propositions public. Quant aux initiatives provinciales et territoriales, elles ont été soumises par

les provinces et les territoires pour une approbation bilatérale avec le gouvernement fédéral. Pour les deux types de projets, des dossiers ont été présentés non seulement par des universitaires ou des chercheurs travaillant en milieu hospitalier, mais aussi par des groupes non traditionnels, comme quelques organisations autochtones, des groupes communautaires et des régions sanitaires isolées. Des groupes qui avaient rarement, voire jamais, pensé recherche, données, évaluation et diffusion ont commencé à le faire, ce qui était de bon augure pour une meilleure compréhension et une meilleure collaboration entre les gouvernements, les organisations prestataires et les chercheurs. La participation des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux dans le processus de sélection a permis de s'assurer que les projets portaient sur des questions qui préoccupaient particulièrement chaque province ou territoire. De même, les thèmes traités étaient très variés et, dans l'ensemble, les projets n'en ont pas fait un examen définitif, ce qui n'était d'ailleurs jamais prévu.

Ce ciblage unique et ce processus de sélection particulier confèrent certaines caractéristiques à l'ensemble des projets du FASS. Ceux qui ont été financés représentent de bonnes idées qui ont été avancées, mais ils ne brossent pas un tableau complet de tous les problèmes et de toutes les solutions possibles dans chacun des thèmes traités. À cause des délais relativement courts, il n'a pas été possible de mener à bien beaucoup de projets louables, et les résultats sont préliminaires ou incomplets. Il faudra sans doute plusieurs années avant que l'on sache vraiment si certains projets ont fait une différence, et leur poursuite comme leur évaluation incombent à d'autres. Les leçons que l'on peut tirer des nombreux projets du FASS au sujet de la gestion du changement, en examinant les batailles et les défis qu'ils ont rencontrés dans la mise en œuvre et l'évaluation de nouvelles approches par rapport à des questions déjà anciennes relatives aux soins de santé, sont peut-être ce qu'il y a de plus précieux dans tout le processus.

Remerciements

L'auteur souhaite remercier Hollander Analytical Services Ltd. de l'aide qu'ils lui ont apportée dans la préparation du présent document. La série de synthèses du FASS a été demandée par Santé Canada et gérée par Hollander Analytical Services Ltd. Les opinions qui y sont exprimées ne reflètent pas nécessairement la politique officielle des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

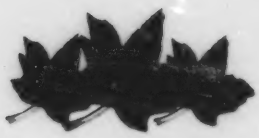


Table des matières

Condensé i
La santé des Canadiens dans les régions rurales (santé rurale) i
La santé rurale i
La télésanté ii
Ressources humaines dans le secteur de la santé ii
Problèmes et questions à régler iii
Incidence sur les politiques et la pratique iv
Recommandations iv
Préface vi
Nature unique des projets du FASS vii
Remerciements vii
Table des matières ix
1. Le contexte 1
1.1 Qu'entend-on par « rural »? 1
1.2 La santé rurale 1
2. Aperçu des études sur le Fonds pour l'adaptation des services de santé 4
3. Discussion des conclusions importantes ou pertinentes 5
3.1 Thèmes de la santé rurale 5
3.1.1 Accès aux soins 5
3.1.2 Manque de ressources pour les soins de santé 6
3.1.3 Approches particulières 6
3.1.3.1 Intégration des services 6
3.1.3.2 Développement communautaire 7
3.1.3.3 Services mobiles 8
3.1.4 Déterminants de la santé rurale 8
3.2 Thèmes de la télésanté 9
3.2.1 Utilisations de la télésanté 10
3.2.2 Avantages de la télésanté 10
3.2.3 Coût des services de télésanté 11

4. Ressources humaines pour la santé rurale et la télésanté 11
4.1 Amélioration des compétences 11
4.2 Pratique axée sur la collaboration 12
4.3 Substitution de personnel 13
4.4 Soignants officieux 13
5. Problèmes et questions à régler 14
5.1 Problèmes et questions de santé rurale 14
5.2 Problèmes et questions de télésanté 15
6. Conséquences au niveau des politiques et de la pratique 16
7. Conclusions et recommandations 19
Ouvrages de référence 21
Annexe A : Liste des projets du FASS touchant la santé rurale et télésanté

1. Le contexte

Au plus profond de nos coeurs, ce que nous sommes est encré dans notre pays. Même si le Canada est l'un des pays les plus urbanisés au monde, c'est lui qui nous a façonnés.

(Cruise et Griffiths,1999, p. xiv).

1.1 Qu'entend-on par « rural »?

Comme dans le cas du mot « santé », la plupart des gens se font intuitivement une idée de ce que signifie « rural », bien qu'il n'existe pas de définition universellement reconnue de cet adjectif. Il semble y avoir autant de définitions du mot « rural » que de chercheurs. Pour l'Association médicale canadienne, les communautés rurales ont une population de 10 000 habitants ou moins. Cette définition est semblable à celle que Statistique Canada donne à « régions rurales et petites villes du Canada », à savoir celles qui sont en dehors des banlieues des grands centres urbains. D'autres préfèrent celle de l'Organisation pour la coopération et le développement économiques (OCDE), ou encore une définition qui s'appuie sur les codes postaux.[1] Pour la plupart des gens, « rural » comprend les communautés du Nord, le « Grand Nord » n'étant guère peuplé et fort isolé. D'autres font valoir que de petites villes éloignées, qui pourraient ne pas répondre à la définition officielle de « rural » de Statistique Canada, sont en fait rurales en raison de leur isolement géographique et des caractéristiques qu'elles présentent sur le plan économique, de leur population active, et de leur accès aux services et aux commodités. Comme un des chercheurs l'a fait remarquer, il n'est nullement souhaitable ni réaliste d'avoir une seule définition générale de « rural », qui devrait dépendre du contexte dans lequel cet adjectif est utilisé.

Que l'on s'appuie sur la définition officielle de Statistique Canada ou sur une définition moins restrictive, environ un quart, voire un tiers de la population canadienne peut être considérée comme rurale. Autrement dit, quelque 10 millions de Canadiens résident dans des régions ou des communautés essentiellement rurales.

Cependant, « rural » n'est pas synonyme de monolithique ou d'homogène. Les petits villages isolés de Terre-Neuve peuvent être fort différents des régions d'élevage du sud de l'Alberta. Il peut y avoir peu de similitude entre un village des Cantons de l'Est, au Québec, et un village subarctique, au Nunavut. Ainsi, comme le fait remarquer un rapport du Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) qui porte sur l'évaluation des services de santé dans les régions inuit (NA485), alors que la plupart des régions rurales se caractérisent par le vieillissement de leur population à cause de l'exode des gens en âge de travailler, dans plusieurs régions du Grand Nord, les Inuit sont très jeunes et se multiplient rapidement, le nombre des naissances étant élevé. Quand on parle de santé rurale, il est donc préférable de tenir compte de variables telles que l'activité économique, les caractéristiques démographiques, la composition ethnique, la structure de la communauté, les traditions culturelles et les conditions écologiques.

1.2 La santé rurale

En termes simples, « santé rurale » s'entend de la santé des personnes qui vivent dans des régions rurales, dans le Nord, dans des régions éloignées et dans de petites villes. Cette expression peut signifier bien des choses, entre autres : la santé des personnes qui vivent en région rurale, les conditions qui prévalent dans les communautés rurales et qui influent sur la santé, la perception que les gens des régions rurales ont des questions de santé ou leurs réactions aux problèmes de santé, les politiques, les technologies, les thérapeutiques et les méthodes adoptées pour régler les problèmes de santé dans les régions rurales, la mobilisation des ressources et l'aménagement des services pour répondre aux besoins de la population en matière de santé. Par ailleurs, les questions de santé rurale sont souvent reliées à d'autres problèmes de santé. C'est ainsi que les questions de santé rurale recoupent souvent celles de santé autochtone, du fait qu'un grand nombre de Canadiens d'origine autochtone habitent dans des

1. Pour une analyse plus approfondie des définitions de « rural », prière de se reporter à Pong et Pitblado (2001).

régions rurales, dans le Nord ou dans des régions éloignées. De la même façon, les questions de santé au travail dans les secteurs de l'agriculture, des pêcheries, de la foresterie et des mines peuvent être considérées comme des questions de santé rurale, ces activités économiques se déroulant presque exclusivement dans des régions rurales.

Bien qu'il y existe une perception idyllique sous-jacente de la nature et du mode de vie rural et que l'on parle beaucoup de renaissance rurale, nombreuses sont les communautés rurales qui font face, entre autres, à des problèmes démographiques, écologiques, économiques et sociaux en raison de leur isolement géographique, de l'épuisement des ressources naturelles, de l'alternance de forte expansion et d'effondrement dans les industries d'exploitation des ressources naturelles, du chômage chronique élevé, de la vulnérabilité des villes monoindustrielles, du vieillissement de la population et d'une infrastructure municipale déficiente. Ces problèmes ont de lourdes conséquences pour la santé et le bien-être des Canadiens vivant en milieu rural.

Bien que le Canada ait de bonnes raisons de s'enorgueillir de son système de soins de santé qui, au dire de plusieurs, est le meilleur au monde, de plus en plus nombreux sont les indices qui portent à croire que, dans les régions rurales, tout n'est pas toujours rose au chapitre des soins de santé. Comme en font état certains journalistes et, notamment le « Health Report » annuel de la revue *Maclean's*, de même que plusieurs études scientifiques, les communautés rurales ne sont pas nécessairement des endroits sains. Même l'impression que l'on avait généralement d'un milieu rural sain et salutaire a disparu à la suite des récentes tragédies de contamination de l'eau à Walkerton et North Battleford. Se fondant sur les données de l'enquête sur la santé au Québec, voici ce que Pampalon (1991) dit de l'état de santé des gens dans les régions rurales du Québec :

> It clearly shows a trend towards a progressive deterioration in health as one moves from that area bordering urban centres into the very remote hinterland. This deterioration is revealed through inactivity, dissatisfaction with social support, perceived health and a global health index, osteo-articulary diseases, disability, medication, and little professional consultation. (p. 359)

Cette description pourrait également s'appliquer à l'état de santé de la population d'autres régions rurales. Ainsi, un des rapports du FASS (*NA485*) fait état d'une situation tout aussi peu enviable chez les Inuit, qui sembleraient avoir le taux de suicide le plus élevé et la durée de vie la plus courte de tous les Autochtones au Canada – alors que l'état de santé des Autochtones se situe déjà bien en deçà de la norme nationale. La durée de vie moyenne des hommes au Canada est de 75,7 ans, comparativement à 66 ans pour les hommes inuit au Nunavut. Pour ce qui est des femmes autochtones, la moyenne nationale est de 81,4 ans, comparativement à 71 ans chez les femmes inuit. Chez les Inuit, le pourcentage de fumeurs est beaucoup plus élevé que dans le reste du Canada. Et ainsi de suite...

Bien que ces statistiques de mortalité et de morbidité puissent représenter un cas extrême, plusieurs études font état de grandes différences entre les régions rurales et les régions urbaines sur les plans de l'état de santé, des comportements liés à la santé et des habitudes d'utilisation des services de santé (Badgley, 1991; Mansfield et al., 1999; Pitblado et Pong, 1995). Pour ne citer que quelques exemples, signalons une plus grande prévalence de maladies cardiaques dans le nord-est de l'Ontario (Sahai et al., 2000); une prévalence plus élevée de certains types de cancer chez les agriculteurs (Fair, 1992) et les mineurs; des taux plus élevés d'invalidité de longue durée et de maladies chroniques chez les habitants des régions rurales; des taux sensiblement plus élevés de diabète, de maladies respiratoires et de maladies infectieuses dans plusieurs communautés autochtones; un plus grand nombre de décès attribuables à des accidents et des actes de violence, une espérance de vie plus courte et un taux de mortalité infantile plus élevé dans les régions rurales et dans les petites collectivités (Wilkin, 1992).

Fait intéressant à signaler, les « déficits de la santé » ne sont pas une réalité immuable dans les régions rurales. On sait fort bien que, durant la première moitié du 19e siècle, l'espérance de vie était beaucoup plus courte à Londres et à Paris que dans les régions rurales d'Angleterre et de France. De même, en Suède, au début du 20e siècle, l'état de santé des gens qui vivaient dans les campagnes était bien meilleur que celui des citadins (Organisation mondiale de la santé, 2000).

Outre les faits susmentionnés, pourquoi accorder une attention spéciale à la santé rurale? Quelle est la différence entre la santé rurale et la santé en général? Pour répondre à ces questions et à d'autres qui leur sont connexes, il nous faut d'abord déterminer les caractéristiques propres à la santé rurale.

D'une part, « rural » est essentiellement un concept géographique et démographique. Il évoque de longues distances entre les grandes villes, l'éloignement, l'isolement, une population éparse et, bien souvent, de piètres modes de transport et un climat rigoureux. Les caractéristiques géographiques et démographiques d'une collectivité influent bien souvent sur ses activités économiques et sur ses relations sociales. C'est ainsi que plusieurs communautés rurales sont tributaires d'activités liées aux ressources naturelles telles que l'agriculture, l'exploitation minière, l'exploitation forestière et la pêche. Les progrès réalisés sur le plan des communications ont permis à certaines personnes vivant dans des endroits éloignés de se lancer dans la haute technologie, mais celles-ci sont l'exception et non la règle. À la longue, ces facteurs géographiques, démographiques, professionnels et autres, dont un degré d'instruction et des niveaux socioéconomiques plus faibles, pourraient se confondre et donner naissance à des caractéristiques culturelles ou même des traits de personnalité distincts tels que le conservatisme, le sentiment d'appartenance, l'attachement à la terre, un individualisme vigoureux, l'esprit de clique, un sentiment d'impuissance, une certaine aliénation du reste de la société, une propension à prendre des risques et un certain stoïcisme. Tous ces facteurs pourraient avoir une incidence sur le mode de vie, les comportements liés à la santé, les attitudes à l'égard de la santé et, indirectement, sur l'état de santé.

Les ressources et les services en matière de santé dépendent, dans une certaine mesure, de l'emplacement et de la taille de la collectivité. Ces deux facteurs déterminent, à leur tour, les stratégies de prestation et les habitudes d'utilisation. Autrement dit, les démarches et pratiques généralement adoptées en milieu urbain ne conviennent pas nécessairement en milieu rural. Les perspectives peuvent être différentes, même sur des questions aussi peu controversées que les normes de soins. Commentant sur la médecine fondée sur les résultats cliniques et scientifiques, Rosser (1999) note, avec perspicacité, ce qui suit :

> Le contexte géographique dans lequel les services de santé sont fournis dans un pays tel que le Canada, où il y a de nombreuses petites collectivités éparses loin des grands centres médicaux, présente des problèmes spécifiques sur le plan de l'application des preuves médicales. Même si les faits tendent à prouver que la radiothérapie palliative peut contribuer à améliorer la qualité de vie des aînés, il est cependant difficile, pour une personne frêle de 85 ans, de se rendre au centre de radiothérapie le plus proche s'il se trouve à plusieurs centaines de kilomètres de son domicile.... Le contexte géographique a donc une incidence sur les décisions prises en matière de traitement, même si des preuves de bonne qualité tendent à privilégier une ligne de conduite donnée. (p. 662)

C'est à la suite de ce genre de considérations qu'un certain nombre de projets du FASS, dont deux visant à améliorer les soins palliatifs dans les régions rurales, ont porté sur la possibilité de trouver d'autres façons de leur offrir des services de santé ou de les améliorer.

Un autre exemple est celui de la pratique médicale en milieu rural, comparée à celle qui prévaut dans les régions urbaines. Plusieurs études font état d'une pratique différente de la médecine dans les régions rurales et dans les villes. Le sondage national des médecins de famille de 1997 fournit de nombreuses données empiriques sur le travail des médecins de famille et des omnipraticiens au Canada.[2] Selon les

2. Le Sondage national des médecins de famille de 1997 a été fait à la demande du Collège des médecins de famille du Canada dans le cadre du Projet Janus et mené par le Centre de rechercherche en santé dans les milieux ruraux et du nord. Les résultats de ce sondage de 1997 se trouvent à l'adresse suivante : (www.cfpc.ca/Janus/Janushome.htm).

données recueillies dans le cadre de ce sondage, les médecins de famille des régions rurales travaillaient en général pendant de plus longues heures et fournissaient une bien plus grande gamme de services que leurs homologues des villes. Ils étaient, par exemple, plus susceptibles de travailler dans des services d'urgence, de pratiquer diverses opérations chirurgicales mineures, de faire des visites à domicile, de s'occuper des malades hospitalisés et de fournir des soins intrapartum. Cette situation est sans doute attribuable à la pénurie de médecins et surtout de spécialistes dans les régions rurales, si bien que ceux des communautés rurales sont appelés à combler certaines lacunes sur le plan des services.

La santé rurale se distingue donc de plusieurs façons. Nombreuses sont aussi les questions de santé rurale qui requièrent l'attention des décideurs, du fait qu'elles pourraient devoir faire l'objet de politiques, de stratégies et de programmes distincts. Les idées et les méthodes ayant fait leurs preuves dans les villes peuvent ne pas convenir dans les régions rurales. La plupart des projets du FASS résumés dans le présent document visent à trouver des solutions appropriées aux problèmes qui, au Canada, ne se retrouvent que dans les communautés ou populations rurales.

La santé rurale ne concerne pas que les populations rurales. Nombreux sont les citadins qui, pour différentes raisons, traversent la campagne ou font la navette entre la ville et la campagne. Par ailleurs, de plus en plus de citadins passent leurs vacances dans l'arrière-pays. La population de certains centres de villégiature double ou triple pendant les mois d'été ou la saison du ski, et les voyageurs et touristes malades ou accidentés sont tributaires des services de santé rurale. Il y a aussi le fait que les communautés rurales attirent de plus en plus de retraités. Il est donc dans l'intérêt de toute la population canadienne d'avoir des services de santé rurale appropriés.

2. Aperçu des études sur le Fonds pour l'adaptation des services de santé

En tout, trente-trois études ont été examinées et résumées sous le thème de la santé rurale. Ce thème renferme un sous-thème : celui de la télésanté. La télésanté est, pour plusieurs, un moyen de régler les problèmes d'accès des résidents ruraux aux soins de santé, du fait qu'elle transcende les distances et les limites géopolitiques. Presque tous les projets de télésanté portent sur la santé surale. Autrement dit, il s'agit de projets faisant appel aux technologies de communications pour surmonter les problèmes que posent les longues distances qui séparent les communautés rurales ou isolées des grands centres. Sur 33 projets, 24 portent exclusivement sur la santé rurale; les neuf autres ont trait à la télésanté. Plusieurs études sur la santé rurale comportent également un volet télésanté. Une liste complète des études se trouve à l'Annexe A.

Il y a neuf études de portée « nationale ». Elles sont toutes de portée nationale parce qu'elles couvrent plusieurs provinces ou territoires. Les autres ont trait à des projets entrepris dans une province ou un territoire donné. Ces études ont été faites en Alberta, en Colombie-Britannique, à Terre-Neuve, dans les Territoires du Nord-Ouest, en Ontario, au Québec, en Saskatchewan et au Yukon.

Les études sur la santé portent sur divers sujets, y compris les soins palliatifs (*AB301-17*), les soins de santé primaires (*AB301-23*), les soins à domicile (*NA149*), la collaboration entre infirmière praticienne et médecin de famille (*NA342*), les soins aux personnes handicapées ou aux malades chroniques (*NT401*), la prévention des maladies du coeur (*QC409*), le financement des médecins par capitation (*QC431*), l'intégration des services de santé (*QC434*), les questions de santé et de sécurité agricoles (*SK325*), la restructuration des services de santé ruraux (*SK401*), le rôle des femmes dans l'économie agricole et

les conséquences pour leur santé et leur bien-être (*SK321*), le programme de soins journaliers pour adultes (*YT421*), et le recours à des fournisseurs subsidiaires (*SK326*). Comme en témoigne cette liste partielle, la portée des projets-pilote est vaste et les sujets se rapportant à la santé rurale sont nombreux. Leur dénominateur commun est le thème de la santé rurale. Tous ces projets ont été entrepris en milieu rural, portent sur les populations rurales et (ou) ont une dimension rurale bien distincte.

La plupart des études sur la télésanté sont des descriptions ou des évaluations de projets pilote de télésanté visant à relier plusieurs communautés rurales éloignées ou des milieux ruraux et non ruraux, dans le but de combler des lacunes sur le plan des services ou d'améliorer les perspectives de formation. Deux de ces études seulement portaient sur des projets de télésanté créés en milieu urbain et destinés à des citadins, projets qui étaient également susceptibles de s'appliquer en milieu rural.

La grande majorité des études sont des évaluations de projets-pilote portant sur de nouvelles façons de fournir des services aux régions rurales ou d'améliorer les soins de santé en milieu rural. Quelques-unes s'apparentent davantage à des recherches. Ainsi, même s'il s'agit d'une évaluation, le projet *Une évaluation des effets de la restructuration des services de santé en région rurale et de la prestation de services intégrés* (*SK401*) est, en fait, un sondage d'opinion publique sur la réaction des résidents de certaines communautés rurales de la Saskatchewan à la restructuration du régime hospitalier de leur milieu dans cette province. De même, le projet *Divers rôles des femmes dans l'économie agricole et les conséquences de ces rôles pour leur santé, leur bien-être et leur qualité de vie* (*SK321*) examine les questions de santé touchant les agricultrices en faisant appel à des méthodes de recherche quantitatives et qualitatives.

Plusieurs études d'évaluation font état de plus ou moins grandes réussites. Certains projets- pilote ont pu atteindre la plupart des objectifs fixés alors que d'autres pas et, dans la plupart des cas, on en donne les raisons. Deux études, *L'utilisation des benzodiazepines chez les aînés* (*NA221*) et *Le projet de télésoins à domicile : volet de modélisation canadienne multicentrique* (*NA161*), contiennent essentiellement des informations sur les modèles ou les plans de projets proposés, certains volets de ces deux projets n'ayant pas été mis en œuvre pour diverses raisons.

3. Discussion des conclusions importantes ou pertinentes

Les conclusions importantes ou pertinentes sont présentées sous trois rubriques. Dans la Section 3, on trouve celles se rapportant aux « Thèmes de la santé rurale » et aux « Thèmes de la télésanté ». Plusieurs projets sur le FASS qui sont résumés dans le présent rapport traitent de la question des ressources humaines dans le secteur de la santé rurale ou des conséquences s'y rattachant. Vu leur importance, les questions de ressources humaines (travailleurs de la santé) sont traitées séparément et plus en détail dans la Section 4. La Section 5 porte sur les problèmes et questions découlant des projets sur le FASS. En plus des difficultés rencontrées et des questions à régler, la Section 5 traite également des conditions préalables à l'amélioration de la santé rurale. La Section 6 traite de l'incidence sur les politiques et la Section 7 contient les recommandations.

3.1 Thèmes de la santé rurale

Plusieurs grands thèmes émergent des études du FASS qui portent sur la santé rurale. Les conclusions issues de ces thèmes – l'accès aux soins, la pénurie de ressources et de services dans le secteur des soins de santé, la nécessité d'adopter des approches novatrices et les grands déterminants de la santé rurale – sont semblables et conformes à celles d'autres études sur la santé rurale.

3.1.1 Accès aux soins

Les habitants des régions rurales se plaignent généralement du manque d'accessibilité des soins.

Il n'est donc guère surprenant que la plupart des projets du FASS fassent explicitement ou implicitement état de ces difficultés. Comme on pouvait s'y attendre, les problèmes d'accès sont directement proportionnels à la taille et à l'éloignement des collectivités. C'est ainsi que le projet Inuit Tapirisat (*NA485*) s'est déroulé dans six petites collectivités du Labrador, du Québec, du Nunavut et des Territoires du Nord-Ouest, où l'on comptait moins de 1000 habitants et où l'accès aux services communautaires ou régionaux était très limité.

Il y a des communautés rurales qui, ailleurs au Canada, connaissent le même sort, même s'il n'est pas aussi grave que dans les communautés inuit. Les problèmes d'accès y sont attribuables, notamment, au transport rural, malcommode et coûteux. Le *Projet- pilote sur les soins palliatifs à domicile en milieu rural* (*NA131*) identifie la prestation de soins palliatifs à domicile comme un défi en raison de la pénurie de spécialistes et de certains services dans les communautés rurales. Il faudrait éviter les déplacements inutiles à l'hôpital, les résidents devant souvent parcourir de longues distances pour s'y rendre alors que seulement 55 p. cent d'entre eux disposaient d'une voiture. Un problème semblable a été identifié dans le projet *Mise en place d'un système intégré pour les personnes souffrant de problèmes mentaux sévères et persistants* (*QC434*), entrepris dans 14 communautés isolées le long des côtes de la Baie d'Hudson et de la Baie d'Ungava, dans le nord du Québec. En raison de l'absence de services régionaux et locaux, cette région a dû, chaque année, assurer le transport de 1600 patients pour les faire traiter à Montréal, au coût de 4 millions de dollars.

3.1.2 Manque de ressources pour les soins de santé

Le manque de ressources pour les soins de santé est directement associé au thème de « l'accès aux soins ». Presque toutes les études du FASS relatives à la santé rurale font état du problème le plus grave : celui de la pénurie d'établissements de soins de santé, de technologies, de personnel et de services dans plusieurs communautés rurales. Le problème d'accès, mentionné antérieurement, découle du manque de ressources pour les soins de santé.

Au nombre des différentes ressources inadéquates mentionnées dans les études sur les soins de santé, c'est la pénurie de ressources qui est la plus souvent citée et considérée comme la plus grave. À titre d'exemple, citons le *Projet Inuit Tapirisat* (*NA485*) qui illustre bien la triste réalité. Non seulement ces communautés inuit souffraient d'une grave pénurie de médecins et d'infirmières, mais elles déploraient également celle d'autres fournisseurs de soins de santé comme les travailleurs sociaux, les conseillers en santé mentale, les aides-infirmières, les sages-femmes et les techniciens de laboratoire. Toutes ces collectivités étaient dotées de services infirmiers de première ligne mais, selon cette étude, la pénurie d'infirmières dans le reste du pays risquait de compromettre la prestation de soins de santé de base dans certaines petites communautés inuit, celles-ci pouvant difficilement recruter des infirmières face à la concurrence des grandes collectivités du sud du Canada.

Vu leur importance et leur complexité, les questions liées aux ressources humaines dans le secteur de la santé font l'objet d'une analyse plus approfondie dans la Section 4.

3.1.3 Approches particulières

La plupart des projets du FASS visaient à explorer des moyens de surmonter les difficultés d'accès des habitants des régions rurales aux soins de santé, de régler la pénurie de professionnels de la santé et d'établir de meilleurs mécanismes de prestation des services de santé. Certains de ces moyens sont mis en valeur dans les paragraphes qui suivent. La télésanté et les stratégies relatives à l'effectif, qui figurent également au nombre des moyens permettant de régler les problèmes de santé rurale, seront traitées séparément.

3.1.3.1 Intégration des services

Selon plusieurs études du FASS, comme plusieurs communautés rurales ne disposent que de ressources limitées et qu'elles ne peuvent offrir une gamme complète de services, certains problèmes de prestation des services de santé rurale ne pourront être résolus que si les fournisseurs de services font preuve de collaboration et si l'on aligne les programmes existants à l'échelle locale ou régionale. C'est ainsi que

le projet *Effets des modes d'intégration des services en émergence dans la région sociosanitaire des Laurentides* (*QC402*) visait à restructurer les services sociaux et les services de santé en fournissant davantage de services en dehors des établissements traditionnels et en favorisant l'intégration des services. De même, le *Programme d'un jour pour adultes* (*YT421*) au Yukon nous a appris qu'il était possible de concevoir un petit programme de soins de jour répondant à divers besoins (des personnes ayant une incapacité physique jusqu'à celles atteintes de déficience intellectuelle) en travaillant en étroite collaboration avec d'autres programmes communautaires. Les responsables du Programme des soins de jour ont établi des partenariats avec d'autres organismes de services en tenant compte des besoins de chaque client, notamment avec des services de soins à domicile, l'Hôpital général de Whitehorse, le Thomson Centre, le Macaulay Lodge, etc. Cette approche pourrait bien convenir aux petites provinces qui doivent répondre divers besoins, alors que leurs ressources sont relativement peu nombreuses.

Dans certains cas, il peut s'avérer nécessaire de procéder à l'intégration des services à l'échelle régionale lorsqu'aucune communauté rurale n'a ni les ressources ni les services requis pour régler un problème de santé. Ainsi, pour prévenir et traiter les troubles de l'alimentation le moins loin possible, le projet *Troubles de l'alimentation chez les jeunes du Nord* (*BC403*) a établi des réseaux au sein de 30 communautés rurales, de même qu'entre elles, dans quatre régions sanitaires de Colombie-Britannique, l'objectif étant d'échanger des connaissances, de regrouper les ressources et de travailler ensemble. Dans la même veine, le *Projet de capitation de la Municipalité Régionale du Comté du Haut Saint-Laurent RCM* (*QC431*) visait à encourager la formation d'un réseau intégré de services en vue d'instaurer une nouvelle façon d'organiser, de fournir et de financer les services de santé au niveau régional. Avec une vingtaine de programmes cliniques, ce projet s'est efforcé d'atteindre une plus grande complémentarité entre les établissements sur le plan de la prestation des services et d'intégrer les omnipraticiens de pratique privée aux réseaux de soins de santé et dans la structure des services.

L'intégration des services permet également d'établir des liens plus étroits avec les centres de soins tertiaires, où les compétences et les ressources sont plus nombreuses. Cette approche est illustrée par le projet *Une évaluation du Programme de soins palliatifs communautaires intégrés de la régie régionale de santé de Lakehead* (*AB301-17*). Se fondant essentiellement sur les médecins de soins primaires, ce programme visait à promouvoir les liens entre les établissements de soins palliatifs tertiaires, ailleurs en Alberta. Autrement dit, de bonnes stratégies de santé rurale pourraient devoir miser sur la plus grande utilisation possible des ressources locales et sur l'établissement de liens durables avec des ressources externes, non disponibles sur place.

3.1.3.2 Développement communautaire

Pour régler les problèmes de santé rurale, il y aurait peut-être lieu de penser à de nouvelles façons de faire, mais celles-ci risquent de ne pas être bien accueillies par certains habitants des régions rurales ou par des professionnels de la santé qui résistent au changement ou que l'innovation rend sceptiques, comme en témoigne *Une évaluation de l'incidence de la restructuration et de l'intégration des services de santé en milieu rural : Une enquête d'opinion publique* (*SK401*). Cette évaluation a permis de constater le grand ressentiment qui subsistait chez les résidents de nombreuses communautés rurales qui avaient perdu leurs hôpitaux plusieurs années auparavant, dans la foulée d'une restructuration du régime hospitalier provincial. Aussi, pour faciliter le changement, certains projets du FASS, tels que *La participation des citoyennes et citoyens à l'émergence de solutions alternatives aux besoins de services de soins de santé primaires dans les petites communautés qui adhèrent à « Villes et villages en santé »* (*QC432*), le Projet du Nunavik (*QC434*) et le projet *Troubles de l'alimentation chez les jeunes du Nord* (*BC403*) ont adopté une approche communautaire en collaborant avec la communauté et en la préparant au changement.

Le projet *Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardio-vasculaires au Saguenay-Lac-Saint-Jean* (*QC409*) en est un bon exemple. Ce projet visait à mettre sur pied un réseau de réadaptation et de services de prévention secondaires destiné aux patients souffrant de maladies cardiovasculaires. Les huit premiers mois de ce projet ont été consacrés à mobiliser les communautés concernées et à rassembler les fournisseurs de services. Pour l'évaluateur de ce projet, cette approche était la clé du succès. De la même façon, le *Projet national de recherche sur la télémédecine des Premières nations* (*NA402*) a révélé que le niveau d'intégration de la télésanté au régime de prestation des services de santé dépendait du degré de mobilisation et d'appui de la collectivité.

Malheureusement, toutes les initiatives de développement communautaire ne se sont pas révélées efficaces. En Alberta, de l'avis de l'évaluateur du projet, l'approche communautaire utilisée dans le cadre du projet *Système de soins de santé primaires à distance* (*AB301-23*) a été une source de distraction et de confusion pour plusieurs habitants des régions rurales.

3.1.3.3 Services mobiles

Certains projets du FASS ont eu recours à des stratégies spéciales pour régler le problème du manque d'accès aux soins de santé. Certaines communautés rurales sont tout simplement trop petites pour accueillir des professionnels de la santé à temps plein ou pour offrir des programmes complets. Il vaut mieux alors recourir à des équipes mobiles pour desservir régulièrement des petites collectivités. Cette approche a été utilisée un peu partout au pays. C'est ainsi que le *Programme des services d'ophtalmologie itinérants* et *le Programme des services intégrés pour les enfants du Nord* existent depuis plusieurs années dans le nord de l'Ontario.

En Saskatchewan, le *Programme de santé et de sécurité dans l'agriculture* (*SK325*) a eu recours aux services d'une infirmière autorisée qui se déplaçait en véhicule dans le district pour offrir des services de dépistage et d'éducation sanitaire aux agriculteurs. Grâce à ce projet itinérant, il a été possible de rejoindre un groupe d'agriculteurs isolés. Un autre exemple est celui du Projet *Youngstown-Cremona-Hussar* (*AB301-23*) visant à répondre aux besoins de soins de santé des résidents de trois collectivités éloignées de l'Alberta, grâce à une équipe itinérante de professionnels de la santé qui se rendaient sur place, toutes les semaines ou toutes les deux semaines, afin d'améliorer l'accès aux soins de santé primaires et de réduire le recours à des services en dehors de la région. L'équipe de base comprenait un médecin, une infirmière, un pharmacien, des techniciens de laboratoire, un inhalothérapeute et un orthophoniste. Une deuxième équipe ad hoc fournissait des services de santé pour les seins, des services de nutrition, des services d'éducation aux diabétiques et des services communautaires. Ce projet pilote a été jugé très satisfaisant par ses utilisateurs et a connu un très grand succès.

3.1.4 Déterminants de la santé rurale

Bien que les projets sur le FASS aient proposé de nombreuses idées novatrices et essayé différentes approches, plusieurs études font valoir que les problèmes de santé rurale sont attribuables à des facteurs plus profonds. Dans le domaine des soins de santé et de la santé de la population, on les qualifie souvent de déterminants de la santé – autrement dit de facteurs sociaux, culturels, comportementaux, économiques et environnementaux qui déterminent la santé d'une population. Si l'on ne modifie pas ces conditions fondamentales, le simple fait d'ajouter davantage de professionnels ou de services ne contribuera guère à améliorer l'état de santé des populations rurales.

Certains de ces déterminants de la santé sont tributaires de la structure économique ou des activités professionnelles propres aux régions rurales, comme en témoigne une des études du FASS. En effet, dans *Programme de santé et de sécurité dans l'agriculture* (*SK325*), les auteurs ont fait valoir, à juste titre, que pour promouvoir la santé et la sécurité dans l'agriculture et réduire les maladies, les accidents et les décès chez les agriculteurs, il faut reconnaître leurs conditions de travail particulières, par exemple :

- Les agriculteurs travaillent pour la plupart en situation isolée.

- La taille moyenne des fermes a quadruplé en vingt ans, réduisant le nombre de voisins et de services à proximité.
- Les enfants et les aînés travaillent souvent aux côtés des agriculteurs.
- Les agriculteurs se trouvent exposés à de nombreux produits nocifs qui présentent de graves dangers pour leur santé.
- Les agriculteurs sont souvent à la merci des éléments naturels.
- Suite à la baisse du prix des cultures, nombreux sont les fermiers qui se voient contraints de prendre des risques face à un marché mondial hautement concurrentiel.

Dans d'autres métiers aussi dangereux, on a souvent légiféré et appliqué des règlements pour éviter les accidents en milieu de travail. Dans le secteur de l'agriculture, de même que dans la plupart des professions essentiellement rurales telles que la pêche, qui sont exercées par une seule personne ou un seul opérateur, les règlements en matière de santé et de sécurité sont réputés non exécutables et il n'en est donc pas tenu compte. Donc, selon le projet *Divers rôles des femmes dans l'économie agricole* (*SK321*), comparativement aux autres grandes industries, l'incidence de bronchites chroniques chez les agriculteurs est 40 p. cent plus élevée et les risques de problèmes dermatologiques sont 78 p. cent plus grands dans leurs cas. De même, alors que le taux d'accidents mortels dans les mines et le secteur de la construction a respectivement chuté de 78 p. cent et de 50 p. cent entre 1960 and 1988, ce taux n'a diminué que de 17 p. cent dans le secteur agricole pendant cette période. Cette étude a également révélé que le fardeau financier que doivent supporter les familles d'agriculteurs se répercute sur la santé physique et psychologique de plusieurs agricultrices, qui souffrent notamment de stress psychologique.

Par ailleurs, selon l'étude *Inuit Tapirisat* (*NA485*), ce n'est pas en réglant le problème de pénurie de personnel dans le secteur de la santé que l'on parviendra à modifier l'état de santé des Inuit. Les problèmes socioéconomiques tels que la violence, la consommation excessive d'alcool, le faible niveau de scolarité et le manque d'emplois continueront d'avoir une incidence négative sur la santé des Inuit. Les auteurs de cette étude ont insisté sur la nécessité de régler les problèmes sous-jacents, qui sont le chômage généralisé et l'instabilité économique. Leur point de vue a été repris dans le Projet *Villes et villages en santé* (*QC432*), selon lequel les objectifs poursuivis dans le cadre de ce projet ne peuvent être atteints en raison de la réalité économique de la région.

3.2 Thèmes de la télésanté

La télésanté est, de façon générale, l'utilisation des technologies des communications et de l'information dans le but de réduire les distances entre les professionnels de la santé, de même qu'entre ces derniers et les utilisateurs de services pour les diagnostics, les traitements, les consultations, l'éducation et le transfert de données sur la santé. La télésanté est de plus en plus perçue comme un précieux outil permettant d'améliorer la prestation des services de santé, notamment dans les régions rurales et éloignées où les ressources et les compétences en matière de santé sont souvent rares, voire inexistantes. La technologie de la télésanté permet à ces collectivités d'avoir accès aux services et aux connaissances spécialisées que l'on trouve dans les grandes villes. Même s'il reste encore de nombreuses questions sans réponse et bien des progrès à faire sur le plan technologique, nombreuses sont les études, tant au Canada qu'à l'étranger, qui font état de l'efficacité de la télésanté et de son acceptation par ceux qui la pratiquent et ceux qui en bénéficient. La télésanté devrait donc être considérée comme une stratégie permettant de renforcer la prestation des services de santé dans les régions rurales et éloignées. À partir des études sur la télésanté relatives au FASS se dégagent certains thèmes, que nous présentons ci-après.

3.2.1 Utilisations de la télésanté

Tous les projets consacrés à la télésanté y voient un moyen d'améliorer la prestation des services de santé en milieu rural. Par exemple, *La télémédecine au service des régions* (*QC425*) dans les Îles de la Madeleine visait à :

- permettre aux régions rurales et éloignées de bénéficier des services de diagnostic, de traitement et de réadaptation;
- réduire le nombre de transferts de patients dans les centres urbains; et
- assurer une formation continue aux professionnels de la santé des Îles de la Madeleine.

Les objectifs étaient les mêmes pour le *Projet national de recherche sur la télémédecine des Premières nations* (*NA402*). Selon les auteurs de ce projet, comme plus d'un tiers des collectivités des Premières nations et des Inuit se trouvaient dans des endroits éloignés ou isolés, la télésanté était susceptible d'atténuer les disparités géographiques qui entravent l'accès aux soins de santé. Dans le cas d'autres projets (p. ex. : *NA403, QC323*), on espérait que la télésanté contribuerait à réduire les coûts associés aux longs déplacements vers les services de santé ou à permettre aux professionnels de la santé des régions rurales d'avoir plus facilement accès aux programmes de formation continue.

Un des projets s'était donné un objectif plus ambitieux. Le *Réseau mère-enfant supra-régional* (*QC305*) comptait établir le « Réseau mère-enfant » dans les hôpitaux de Montréal et dans les régions rurales périphériques dans le but d'améliorer l'accès des mères et de leurs enfants à des soins de qualité en coordonnant, grâce à la télésanté, leurs activités avec celles des hôpitaux participants.

Précisons ici que l'on a de plus en plus recours à la télésanté depuis quelques années. Auparavant, les médecins s'en prévalaient pour les diagnostics, les consultations et le transfert de données médicales, dont les radiographies, de même que pour les programmes de téléformation médicale continue. Dernièrement, comme en témoignent certains projets relatifs au FASS, la portée de la télésanté s'est considérablement élargie, puisqu'elle comprend aujourd'hui le télétriage, le télémonitorage (*NA161, NA403*), les télésoins à domicile (*ON121*) et la téléréadaptation.

3.2.2 Avantages de la télésanté

La plupart des projets du FASS ayant trait à la télésanté faisaient état de la satisfaction de ses utilisateurs. Ainsi, selon le projet *Infocentres axés sur l'éducation et la santé communautaire* (TEACH) (*NA366*), 90 p. cent des clients considéraient que les établissements de télésanté étaient bons ou excellents et la presque majorité d'entre eux utiliseraient à nouveau les services de télésanté.

Pour plusieurs projets, la télésanté a donné de bons résultats pour l'enseignement des patients (p. ex. : *NA403*) et pour les programmes de formation continue destinés aux professionnels de la santé dans les régions rurales (p. ex. : *NA402* et *QC323*). Ces derniers étaient jugés particulièrement importants du point de vue du recrutement et du maintien de l'effectif, étant donné qu'ils pourraient réduire leur sentiment d'isolement et répondre à la crainte qu'ils ne se tiennent pas au courant de l'évolution de leur discipline.

La télésanté a contribué à réduire le nombre de transferts de patients et les longues distances à parcourir pour obtenir des soins médicaux ou de santé. Les responsables du projet TEACH (*NA366*), par exemple, ont déclaré que certains patients ayant consulté des spécialistes par l'entremise de la télésanté avaient économisé jusqu'à 3 000 $ en frais de déplacement. Selon les responsables du *Projet-pilote national de télémédecine en néphrologie* (*NA403*), 55 p. cent des patients concernés estimaient que le programme leur avait permis de réduire leurs frais de déplacement et de passer considérablement moins de temps à se rendre à l'hôpital pour se faire dialyser.

3.2.3 Coût des services de télésanté

Les résultats susmentionnés, bien que généralement favorables, ont souvent été obtenus à grands frais. L'évaluation ne visait pas à établir la rentabilité des projets, mais certains rapports d'évaluation ont exprimé des réserves quant à leur coût et à leur bien-fondé. C'est ainsi que le *Projet national de recherche sur la télémédecine des Premières nations* (*NA402*) a coûté très cher, les frais d'infrastructure s'élevant en moyenne entre 245 000 $ et 305 000 $ par établissement.

Par ailleurs, certains projets de télésanté n'ont guère été utilisés. Par exemple, le projet *Évaluation de l'utilité de la télésanté dans la prestation des soins de santé primaires améliorés* (*AB301-19*) avait été mis sur pied au coût de 3,5 millions de dollars mais, selon son évaluateur, il n'y avait pas eu suffisamment d'interaction pour que l'on puisse conclure à l'efficacité de la télésanté. De la même façon, comme l'a précisé l'évaluateur du Projet de télémédecine en néphrologie (*NA403*) au Nouveau-Brunswick, on avait acheté toute une série d'ordinateurs et d'appareils coûteux pour les électrocardiogrammes et la téléradiologie, mais ils n'ont jamais ou presque pas été utilisés pendant toute la durée du projet.

À noter cependant que les programmes de télésanté nécessitent de gros investissements initiaux en technologie et en infrastructure. De plus, comme les collectivités rurales et éloignées ne sont guère peuplées, les clients potentiels y sont peu nombreux. Le coût des contacts établis par la télésanté sont donc généralement fort élevés, mais ils devraient diminuer à mesure que son utilisation augmente ou que la technologie devient plus abordable.

4. Ressources humaines pour la santé rurale et la télésanté

Comme nous l'avons signalé précédemment, la pénurie grave et persistante de professionnels de la santé dans les régions rurales demeure la principale préoccupation des projets du FASS et d'autres études sur la santé rurale. À ce problème vient souvent s'ajouter celui du roulement fréquent du personnel, comme en témoigne le taux élevé d'attrition, notamment chez les personnes qui donnent des soins à domicile dans le cadre du projet *Améliorer l'efficacité et l'efficience des programmes à l'intention des personnes âgées, des personnes handicapées et des malades chroniques* (*NT401*), dans les Territoires du Nord-Ouest. Il n'est dès lors guère surprenant que plusieurs projets du FASS aient accordé une attention particulière aux questions de personnel en santé rurale, de même qu'aux essais pilote visant à se servir du personnel de façon plus efficace et plus judicieuse. Certaines conclusions et expériences sont mises en évidence ci-après.

4.1 Amélioration des compétences

Quand il y a pénurie de personnel, cela ne veut pas nécessairement dire qu'il n'y a pas suffisamment de personnes pour faire le travail. Dans bien des cas, dans les régions rurales, cela signifie que le personnel n'a pas nécessairement les connaissances ou les compétences voulues pour fournir les soins requis ou pour prendre les décisions cliniques qui s'imposent. Dans les petites collectivités rurales où le roulement est fréquent, ce problème est d'autant plus grave que la perte des compétences de la personne qui s'en va risque d'avoir des conséquences sur le plan des services pour l'ensemble du programme ou pour toute la collectivité. Plusieurs projets se sont donc efforcés de régler le problème des travailleurs de la santé en élargissant la base des connaissances ou en améliorant les moyens mis à la disposition des professionnels dans les régions rurales. Cette stratégie sera sans doute la plus viable et la plus durable à long terme, puisqu'elle vise à optimiser l'autonomie des collectivités rurales en matière de ressources

humaines dans le secteur de la santé, plutôt que de les soumettre aux vicissitudes du marché du travail.

Cette approche a été utilisée par le *Projet-pilote sur les soins palliatifs à domicile en milieu rural* (*NA131*), qui comprenait une stratégie d'enseignement complète pour répondre aux besoins d'apprentissage des soignants officiels et officieux. Ce projet-pilote instaurait un programme d'enseignement intensif visant à préparer les médecins de famille, les infirmières et, le cas échéant, les pharmaciens et les travailleurs sociaux à donner des consultations pour la gestion et le counselling de la douleur et des symptômes complexes dans le cadre de la planification des soins avancés. Selon les résultats antérieurs et postérieurs aux essais, les participants avaient acquis une meilleure connaissance des soins palliatifs. Conformément au modèle de « formation des formateurs », ces nouveaux experts frais émoulus devaient, à leur tour, donner des séances de formation en soins palliatifs à leurs collègues et à d'autres professionnels.

Sachant qu'ils ne possédaient par les compétences requises pour soigner les personnes atteintes de graves maladies mentales, les responsables du programme *Les soins à domicile et les personnes atteintes de déficience psychiatrique* (*NA149*) ont adopté une stratégie semblable. Un thérapeute en santé mentale a donné six séances de formation aux infirmières du programme de soins à domicile à Taber (Alberta), dont un grand nombre estimait ne pas avoir suffisamment de connaissances en santé mentale. Durant ce projet, le thérapeute en santé mentale a agi en qualité d'expert chargé de donner des consultations, de prodiguer des conseils, de fournir des instructions et d'assurer la formation à l'interne. Il ne semblerait donc pas nécessaire que tous les membres d'une équipe soient des experts, pour autant que l'un d'entre eux ait les connaissances requises et puisse faire office de consultant, tout en aidant et en formant ses coéquipiers.

4.2 Pratique axée sur la collaboration

L'approche interdisciplinaire est un modèle idéal de prestation des services de santé mais il arrive souvent qu'il ne soit pas adopté pour différentes raisons. Les tenants de ce modèle estiment qu'en travaillant en équipes, les professionnels de la santé peuvent optimiser leur productivité et créer une synergie sur le plan des connaissances. La collaboration entre médecins et infirmières praticiennes est un mode de collaboration interdisciplinaire qui a fait l'objet d'études approfondies. D'après les recherches, ce type de collaboration produit de bons résultats cliniques, bien reçus par les patients et assortis d'un niveau de productivité élevé, qui permet aux médecins de pratiquer une médecine de grande qualité tout en optimisant les ressources humaines sur le plan médical.[3] Il semblerait que ce modèle convienne particulièrement bien aux communautés rurales, où il n'y a bien souvent pas assez de médecins, ceux qui y travaillent étant déjà surchargés.

Le projet *Accroître l'efficacité des soins primaires par des modèles reposant sur la collaboration entre l'infirmière de première ligne et le médecin de famille* (*NA342*) visait à soutenir la collaboration entre médecins de famille et infirmières praticiennes qui dispensaient les soins primaires dans les régions rurales et éloignées de l'Ontario. Trois quarts des patients ayant participé à ce projet se sont dit fort satisfaits des soins que les équipes leur avaient prodigués. Une des recommandations issues de ce projet était de créer, pour les stagiaires, des débouchés aux niveaux de premier cycle, des études supérieures et de la formation continue pour leur permettre de travailler en équipes dans le secteur des soins de santé primaires.

La collaboration interdisciplinaire ne se limite pas aux médecins et aux infirmières praticiennes. En effet, les travailleurs de la santé se voient offrir plusieurs possibilités de collaboration ou de travail en équipes. Nombreux sont les projets du FASS qui ont recours à ce modèle. C'est ainsi que le *Programme d'un jour pour*

3. Pour une synthèse des conclusions de la recherche sur la collaboration entre médecins et infirmières praticiennes, prière de se reporter à Pong et al. (1995).

adultes (*YT421*) a adopté cette « approche d'équipes » pour ses clients. Le personnel de ce programme a établi plusieurs liens avec d'autres programmes auxquels ils ont eu recours pour certains de leurs clients. De la même façon, le projet *Les soins à domicile et les personnes atteintes de déficience psychiatrique* (*NA149*), à Taber (Alberta), a intégré les soins à domicile aux services de santé mentale dans le cas des personnes atteintes de troubles psychiatriques. Les professionnels de la santé ayant une formation en soins à domicile étaient appelés à collaborer avec ceux qui s'étaient spécialisés en santé mentale, à échanger leurs connaissances avec eux et à s'entraider.

4.3 Substitution de personnel

La substitution de personnel – c'est-à-dire soit lorsqu'une catégorie de personnel soignant fait le travail d'une autre –, est un autre moyen de palier à la pénurie de ressources humaines dans le secteur de la santé. Étant donné que les connaissances et la pratique des professions de la santé se recoupent dans une certaine mesure, il existe une grande ambiguïté quant à savoir qui peut ou devrait faire quoi ne matière de prestation de soins de santé. Par le passé, la législation sur les professions de la santé limitait strictement la portée de la pratique et ne donnait qu'à l'une d'entre elles le droit exclusif de poser certains actes médicaux. Cette approche axée sur la portée de la pratique a été progressivement remplacée par une autre plus souple, fondée sur l'acte autorisé, depuis que l'Ontario a promulgué la Loi sur les professions de la santé, créant ainsi un précédent. Celle-ci donne plus de latitude aux professions, de même qu'aux employeurs et aux administrateurs du secteur de la santé, quant à savoir qui peut faire quoi, tout en offrant suffisamment de protection au public sur les plans de la santé et de la sécurité. Cette loi a aussi grandement facilité les substitutions de personnel.

En milieu rural, lorsqu'il se révèle difficile de trouver certaines catégories de professionnels de la santé, il est logique de se prévaloir le plus possible des ressources humaines disponibles, tant que l'on ne risque pas de compromettre la santé et la sécurité des patients ou du public. Dans la Section 4.2, il est question de la collaboration entre médecins et infirmières praticiennes, qui est une forme de substitution du personnel du fait que ces dernières reprennent certaines responsabilités des médecins pour leur permettre de se concentrer sur les tâches cliniques qu'ils sont les seuls habilités ou autorisés par la loi à exécuter. Le projet *Implantation d'un programme de formation soutenu par les technologies de l'information* (*QC323*) est un bon exemple de cette stratégie. Grâce à la vidéoconférence, le personnel infirmier a pu acquérir des compétences supplémentaires sur le plan clinique et poser des actes autrefois réservés aux médecins des régions moins éloignées. Comme nous l'avons précisé plus haut, les clients semblaient fort satisfaits. Par contre, et nous reviendrons sur cette question un peu plus loin, les médecins ne semblaient pas tous en faveur de cette solution.

Se servant d'une approche semblable dans le but de rendre plus accessibles les services de réadaptation dans les régions rurales de la Saskatchwan, *le Programme enrichi de réadaptation en milieu rural* (*SK326*) s'est efforcé d'améliorer les services de réadaptation dans le district d'Assiniboine en ayant recours aux services d'aides en physiothérapie pour travailler avec deux physiothérapeutes à temps plein et assumer certaines tâches qui, sinon, auraient dû être accomplies par les physiothérapeutes eux-mêmes. Ces aides ont fait du travail de bureau, en plus de s'occuper de l'enseignement aux patients et de la gymnastique rééducative. L'évaluation de ce projet a fait valoir le succès et l'utilité de ce modèle, notamment dans les régions rurales où il est souvent difficile de trouver des ergothérapeutes et de les conserver.

4.4 Soignants officieux

Les soignants non professionnels ou officieux sont ceux qui fournissent des soins à titre bénévole. Ce genre de soins est très courant. Selon certaines études au Canada et à l'étranger, plus de 70 p. cent de tous les soins de santé sont prodigués par des soignants officieux. Les soins officieux deviendront sans doute plus prépondérants et importants avec le vieillissement de la population. Certains prétendent que les ressources humaines dans le secteur de la santé devraient être perçues comme un continuum comprenant les soins auto-administrés, les soignants officieux et les soignants officiels (Pong, Saunders, Church, Wanke, Cappon, 1995). La différence entre soignants officieux et officiels ne dépend pas

nécessairement de la formation, des compétences ou de la nature de leur travail. L'emploi rémunérateur est le principal critère. Les soignants officiels sont rémunérés pour leur travail, mais les soignants officieux ne le sont pas. On donne des soins officieux partout, mais les soignants non professionnels jouent un rôle particulièrement important en milieu rural en raison de la pénurie de soignants officiels et de l'absence de nombreux services structurés. Très souvent, les personnes malades, handicapées ou faibles doivent se tourner vers les membres de leur famille, leurs parents, leurs voisins, leurs amis et d'autres bénévoles pour qu'on s'occupe d'elles.

Plusieurs projets du FASS font état du recours à des soignants officieux. Le *Programme d'un jour pour adultes* (*YT421*) visait à rapprocher le plus possible les membres de la famille prodiguant des soins du programme d'un jour. Les deux projets de soins palliatifs (*AB301-17* et *NA131*) ont aussi fait largement appel aux soignants officieux pour fournir des soins au terme de la vie dans les communautés rurales. Bien que l'on n'ait pas procédé à une évaluation officielle du rôle des soignants officieux, les études d'évaluation ont reconnu qu'ils jouaient un rôle indispensable pour fournir et compléter les services de santé ruraux.

Bien qu'ils ne soient pas rémunérés, les soignants officieux doivent être épaulés dans leur travail pour être efficaces et ne pas succomber à l'épuisement. Le *Projet-pilote sur les soins palliatifs à domicile en milieu rural* (*NA131*) a fait état de l'épuisement physique et mental et du stress des soignants officieux au chevet des mourants. Il déplorait aussi la pénurie de services de relève pour ceux qui fournissaient bénévolement des services au terme de la vie. Les soignants officieux ont également besoin qu'on leur prête main-forte, notamment en matière d'information et de formation. Les deux projets de soins palliatifs ont mentionné la nécessité de fournir des informations aux soignants officieux et d'assurer leur formation. À cet égard, les soins officieux ne sont pas « gratuits ».

5. Problèmes et questions à régler

Nous identifions, ci-après, certains grand problèmes et questions qui demeurent en suspens dans les projets du FASS. Conformément au reste du présent rapport, leur présentation est subdivisée en deux rubriques, même si elles se recoupent parfois : problèmes et questions de santé rurale et problèmes et questions de télésanté.

5.1 Problèmes et questions de santé rurale

a) La nécessité d'augmenter la capacité locale en matière de prestation des soins de santé a été mentionnée dans plusieurs études du FASS, même si celles-ci reconnaissent que plusieurs communautés rurales ne deviendront jamais entièrement autonomes. L'étude Inuit Tapirisat *(NA485)*, par exemple, signale que les praticiens du sud du Canada fournissent encore la plupart des services de santé dans le nord de notre pays. Cette étude prône une plus grande participation des Inuit à la prestation de services de santé et à la prise des décisions s'y rapportant. Par ailleurs, elle signale qu'il est rare que l'on ait incorporé les connaissances traditionnelles des Inuit dans les recherches, les programmes et les services de santé. Il s'agit là, dans une certaine mesure, d'une question qui touche la plupart des communautés rurales.

b) Comme de nombreuses initiatives se rapportant au FASS étaient des projets-pilotes, elles étaient généralement de courte durée, ponctuelles, sans vraiment tenir compte du contexte plus général des politiques et des services de santé, ce qui peut expliquer certains résultats décevants. C'est le cas du *Projet d'amélioration des soins de santé primaires (NF301)*, à Terre-Neuve, dont les objectifs étaient nobles. Cependant, le rapport d'évaluation de ce projet précisait que pour entreprendre le genre de réformes envisagées, il faudrait prévoir une planification détaillée du projet et bien le situer

dans le cadre du système de prestation des services de santé. Comme cela ne s'est pas fait, l'incidence de la réforme a été largement réduite.

c) Pour que les infirmières praticiennes puissent participer aux initiatives en matière de soins de santé primaires, elles doivent nécessairement s'assurer la collaboration des médecins. Il est donc indispensable de pouvoir compter sur l'appui de médecins sur place avant d'entreprendre de telles initiatives. Deux projets (*AB301-22* et *NA342*) ont fait appel à des infirmières praticiennes pour renforcer la prestation des soins de santé primaires en milieu rural. Ces deux projets auraient été couronnés de succès si les médecins avaient donné leur appui inconditionnel aux services d'infirmières praticiennes ou si on avait mieux intégré ces médecins aux projets en question.

d) Une question dont il faut tenir compte est celle du financement des services de santé dans le cadre d'un régime régional de soins de santé. Si le *Projet de soins de santé primaires pour le secteur d'Elnora* (*AB 301-22*) n'a pas réussi à intégrer les services de santé, c'est en partie à cause du problème de financement régional et provincial. Les salaires des infirmières praticiennes étaient payés par les régions sanitaires, alors que les soins médicaux à l'acte étaient payés par la province. Cette entente financière à deux vitesses ne contribue pas à rendre les infirmières praticiennes attrayantes aux yeux des régions sanitaires, celles-ci les percevant comme un coût supplémentaire, ce qui n'est pas le cas des médecins rémunérés à l'acte.

Le Réseau mère-enfant supra-régional (QC305) s'est retrouvé devant le même problème. Pour ce projet, on a eu recours à la télésanté pour intégrer les services aux niveaux régional et inter-régional. Ce projet visait, plus précisément, à transférer les soins de santé primaires et secondaires aux hôpitaux plus proches des patients, afin d'alléger la tâche des hôpitaux dans les centres urbains. Pour atteindre cet objectif, il faut régler le problème des allocations budgétaires par région sanitaire, surtout dans le cas d'un réseau qui s'étend au-delà des limites d'une région sanitaire. Sinon, la région sanitaire ou les administrateurs d'hôpitaux ne seront guère désireux de « rapatrier » les patients des hôpitaux dans d'autres régions sanitaires.

e) Deux études portant du FASS (*AB301-22 et QC323*) ont précisé ou laissé sous-entendre que la réglementation sur les professions de la santé empêchait les infirmières praticiennes et les infirmières de fournir des soins de santé primaires dans les régions rurales. Le *Projet de soins de santé primaires pour le secteur d'Elnora* (*AB301-22*) a fait valoir que pour donner aux infirmières praticiennes de plus grandes responsabilités sur le plan clinique, il faut assouplir la loi actuelle sur les professions de la santé qui précise la portée de la pratique. Pour le projet de télésanté de la Basse Côte-Nord (*QC323*), les médecins se sont dits réticents à ce que les infirmières assument un plus grand rôle sur le plan clinique. On pourrait faciliter l'utilisation créative et souple des ressources humaines disponibles dans le secteur de la santé en adoptant une réglementation moins stricte sur les professions de la santé. C'est là une question importante pour le système des soins de santé en général, mais aussi dans le cas plus précis de la santé rurale.

5.2 Problèmes et questions de télésanté

a) Plusieurs projets de télésanté (dont *AB301-19*, *NA402* et *QC425*) ont connu des difficultés techniques telles que des problèmes d'équipement, un manque de soutien de la part des fournisseurs d'équipement et des pannes dans la technique des satellites. Dans un rapport d'évaluation, on insiste sur la mise au point des technologies de la télésanté, qui devraient faire l'objet d'essais exhaustifs avant d'être mises en application dans les communautés éloignées, où le savoir-faire technique est quasi inexistant lorsque ce genre de problèmes se présente.

b) *Le réseau mère-enfant supra-régional* (*QC305*) visait à améliorer l'accès des mères et de leurs enfants aux services proches de leur domicile en coordonnant le travail des hôpitaux participants par l'entremise de la télésanté. Pendant la phase de mise en œuvre du projet, on n'a pas constaté de changement notoire dans les habitudes d'accès. En effet, les

parents préféraient se rendre au service d'urgence de l'Hôpital Sainte-Justine, où ils savaient qu'ils trouveraient des pédiatres. Cette insistance pour recourir à des spécialistes a compromis la raison d'être du « réseau mère-enfant », qui était d'encourager les parents à commencer par voir leur médecin de famille ou à se rendre à leur CLSC. Avant d'instituer de nouveaux modes de prestation des soins, il semble donc nécessaire de sensibiliser les patients ou les consommateurs.

c) Ces problèmes techniques sont mineurs si on les compare à ceux, plus endémiques, que certains projets de télésanté ont connu sur les plans de l'organisation et des relations humaines, notamment à cause de la dotation, de roulement du personnel, de la définition des rôles et de la formation. Comme l'a fait remarquer un rapport d'évaluation *(NA402)*, lorsque l'on confiait à une infirmière d'un poste de soins infirmiers éloigné, qui devait déjà s'occuper des malades, le soin de coordonner les tâches reliées à la télésanté, sa charge de travail risquait de ralentir la mise en œuvre du programme de télésanté. Par ailleurs, le succès d'un programme de télésanté dépend tout autant des relations établies entre les différents sites de télésanté que du matériel et de la largeur de bande. Alors même que l'objectif de la télésanté est de relier des personnes à des endroits, on n'a pas accordé suffisamment d'attention aux communications, aux connections et aux relations entre les personnes et les organisations faisant partie d'un réseau, autant de facteurs dont dépendent le succès ou l'échec d'un projet de télésanté.

Le principal problème est celui de l'intégration de la télésanté au système actuel de prestation des services de santé. Ce problème a été souligné par plusieurs études d'évaluation se rapportant au FASS (p. ex. : *AB301-19*, *NA402* et *QC425*). Comme l'a fait remarquer une de ces études, on ne peut pas simplement « superposer » la télésanté à un système de soins de santé existant sans prévoir comment les services de télésanté deviendront partie intégrante du système de prestation des soins de santé. Ignorer ce conseil ou, comme on l'a fait valoir ci-dessus, le fait que les relations humaines sous-tendent la plupart des activités de télésanté reviendrait à gaspiller des millions de dollars investis dans la télésanté.

d) Selon plusieurs études (p. ex. : *NA366* et *QC425*), certaines politiques actuelles en matière de soins de santé, voire leur absence, compromettent l'adoption généralisée de la télésanté au Canada. L'obstacle le plus souvent mentionné est l'absence de politiques de remboursement aux médecins qui fournissent des services de télésanté. Cette préoccupation a également été souvent soulevée par les collectivités où la télésanté existe, tant au Canada qu'à l'étranger.[4] Parmi les autres questions de principe à régler, qui sont susceptibles de contrecarrer la mise en place généralisée de la télésanté, citons : l'octroi, par les gouvernements provinciaux et territoriaux, du permis d'exercer dans le secteur de la télésanté, l'interopérabilité de la télésanté, la protection des renseignements personnels et confidentiels, et l'agrément des programmes et services de télésanté.

6. Conséquences au niveau des politiques et de la pratique

Sur les 33 études qui ont été analysées et résumées dans le présent rapport, nombreuses sont celles qui ont une incidence sur les politiques, la pratique et les programmes de santé rurale. Nous mettrons ici davantage l'accent sur la « situation dans son ensemble », compte tenu du public ciblé par le présent rapport.

a) Les 33 projets et les études d'évaluation connexes du FASS ont permis de recueillir de nombreuses informations sur la santé rurale. Certaines « découvertes » ne datent pas d'hier; d'autres ouvrent de nouvelles perspectives. Par contre, ces 33 études ne donnent pas et n'avaient nullement

4. Pour de plus amples précisions sur cette question de principe, prière de se reporter à Pong et Hogenbirk (2000).

l'intention de donner une vue globale de la santé rurale. Les enseignements sont plutôt de nature sélective et reflètent, plus qu'autre chose, les objectifs et les critères de sélection du FASS. De la même façon, le rapport de synthèse ne doit pas être considéré comme un examen systématique des questions de santé rurale.

Il est cependant urgent de documenter et d'examiner les questions de santé rurale de façon globale, systématique, approfondie et objective. Bien qu'il existe un nombre croissant d'études sur la santé rurale, dont plusieurs parmi les 33 études se rapportant au FASS et faisant l'objet du présent rapport, les connaissances sur la santé rurale au Canada sont plutôt fragmentaires et non systématiques. Nombreuses sont les études qui traitent plusieurs fois de sujets bien documentés, mais il reste plusieurs lacunes à combler sur le plan des connaissances. Cette situation est peut-être attribuable au fait que, jusqu'à récemment, les chercheurs en santé rurale se trouvaient relativement isolés, tout comme les gens et les collectivités qu'ils étudiaient. Cette situation doit changer si l'on veut que les décisions stratégiques et la planification des programmes de santé rurale soient fondées sur des preuves systématiques et non sur des anecdotes. Les organismes de financement de la recherche, tels que les instituts de recherche en santé du Canada et la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé ont un rôle à jouer pour faciliter et renforcer les recherches en santé rurale. Cette prise de conscience a sans doute contribué à l'inclusion, dans le Plan d'action rural récemment émis par le gouvernement fédéral, de la recommandation visant à « promouvoir l'inclusion d'une perspective rurale dans les recherches de portée nationale (p. ex. : les instituts de recherche en santé du Canada) » (Gouvernement du Canada, 2001).

b) Une autre raison qui milite en faveur de la documentation et de l'examen des questions de santé rurale de façon globale et systématique est le fait que l'on ne peut régler plusieurs problèmes de santé rurale par des mesures partielles, même si l'on a privilégié jusque là des solutions de fortune. Comme l'ont fait valoir avec perspicacité certaines études se rapportant au FASS, la santé rurale étant, dans l'ensemble, tributaire de nombreux facteurs interdépendants qui façonnent la vie rurale, on ne parviendra pas à améliorer la santé de la population rurale tant que l'on n'aura pas éliminé ou réduit les obstacles sociaux, économiques, professionnels et écologiques qui l'entravent. Qui plus est, les services de santé rurale font partie intégrante de l'ensemble du système des soins de santé, si bien qu'ils en sont indissociables.

c) Les études du FASS ont, collectivement, fait ressortir toute la complexité de la santé rurale. Si l'on veut régler les questions de santé rurale, il faudra peut-être prendre des mesures sur plusieurs fronts, parfois simultanément. Au niveau individuel, il s'agira peut-être d'aider les gens à reconnaître leur propension aux risques et à y remédier. (p. ex. : *SK325*). Au niveau intermédiaire, on pourrait adopter une approche de développement communautaire pour favoriser la cohésion sociale et la résilience de la collectivité pour que celle-ci s'attaque à ses problèmes de santé. Au macro-niveau, il peut s'avérer nécessaire de mieux comprendre les grands déterminants de la santé rurale (p. ex. : *SK321*) et de mobiliser les efforts en vue de changements radicaux. De la même façon, en ce qui concerne la prestation des services de santé, il ne suffira sans doute pas de se concentrer seulement sur les lacunes. Il est tout aussi important de se pencher sur le contexte plus général de la prestation des services ou des politiques. L'analyse qui suit sur les travailleurs de la santé rurale illustrera ce que l'on entend par prendre des mesures sur plusieurs fronts pour régler un problème épineux.

d) La mauvaise répartition des travailleurs de la santé est et demeurera un problème pour de nombreuses communautés rurales et une question complexe pour bien des décideurs. Dans certains cas, les programmes traditionnels de recrutement et de conservation des effectifs demeurent encore utiles, mais ils ne peuvent, à eux seuls, régler le problème de la pénurie des travailleurs de la santé en milieu rural. Si Twillingate, Vermilion et Wawa ont eu des problèmes de recrutement et de conservation des professionnels de la santé dans les années 80 et au

début des années 90, alors qu'il semblait y avoir un « surplus », comment les petites collectivités rurales vont elles pouvoir contrer la concurrence que leur livrent Toronto, Victoria et Winnipeg puisque le Canada connaîtra sans doute de grandes pénuries, notamment de médecins, d'infirmières autorisées, de techniciens de laboratoire médical et de thérapeutes en réadaptation? Ces collectivités n'ont guère de chance de remporter la guerre des enchères, même si les ministères de la santé leur offrent des stimulants financiers, comme ils ont l'habitude de le faire en périodes de crise.

Une stratégie détaillée à plusieurs facettes s'impose. Plusieurs études du FASS ont porté sur divers aspects de cette stratégie. Une stratégie efficace et à long terme pour les travailleurs de la santé rurale pourrait comprendre plusieurs éléments, dont :

- le renforcement des capacités locales par l'expansion de la base de connaissances des professionnels sur place;
- la mise en valeur des ressources humaines de la santé dans l'optique d'un continuum comprenant non seulement les soignants officiels, mais aussi les soignants officieux et les soins auto-gérés;
- la configuration du personnel la plus efficace et la plus efficiente possible, notamment dans une perspective de collaboration interdisciplinaire;
- le recours à la substitution du personnel, le cas échéant;
- la suppression des politiques ou pratiques relatives aux travailleurs de la santé qui préservent les acquis au lieu de protéger le public, notamment la réglementation qui limite les professions et favorise la « diplomanie rampante »; et
- la collaboration et le regroupement des ressources humaines de la santé entre les établissements, les programmes et les collectivités.

e) Ce n'est pas dans le secteur des soins de santé que l'on trouvera toutes les solutions aux problèmes de la santé rurale. Autrement dit, il faudra peut-être « sortir des sentiers battus » pour régler les problèmes de santé rurale. C'est notamment le cas du transport. Il est inévitable que certains patients des régions rurales doivent parcourir de longues distances pour obtenir certains types de soins médicaux ou de santé. Comme l'ont démontré plusieurs études portant sur le FASS (p. ex. : *NA131* et *QC434*), le transport est un grand problème pour de nombreuses personnes en milieu rural qui doivent recevoir des soins médicaux, certaines n'ayant même pas accès à une automobile.[5] Une façon d'améliorer l'accès aux services de santé serait d'améliorer le réseau de transport. Malheureusement, il semblerait que ce soit l'inverse qui se produise. Depuis une vingtaine d'années, plusieurs communautés rurales ont assisté à la réduction ou à la suppression des services ferroviaires, par avion ou par autobus. Ou alors, ces services sont devenus si coûteux qu'ils présentent des difficultés financières pour plusieurs.

f) La télésanté deviendra importante pour la santé rurale du fait qu'elle peut contribuer à remédier à certains problèmes inhérents aux grandes distances et aux petites populations. Cela ne veut pas nécessairement dire que chaque communauté rurale doit être dotée du système de télésanté le plus perfectionné et le plus coûteux. La télésanté fait appel à toute une gamme de technologies allant du service téléphonique de base à la chirurgie robotique. Elle comprend le télétriage, les soins à domicile par téléphone, le télémonitorage, la téléréadaptation, le télédiagnostic, la téléconsultation et la télééducation. Le bien-fondé de ces options pour les communautés rurales dépend de facteurs tels que les besoins, les ressources et les compétences et devrait faire l'objet d'une évaluation des besoins et d'une analyse de faisabilité.

Jusqu'à présent, les évaluations de la télésanté se sont concentrées sur les questions de technologie, d'efficacité clinique et de satisfaction de ses utilisateurs. Dans l'ensemble, les résultats révèlent que la télésanté donne de bons résultats et que les

patients en sont satisfaits. Étant donné que l'on trouve régulièrement de nouveaux appareils et de nouvelles applications, les essais pilote devront se poursuivre, surtout ceux qui portent sur l'efficacité clinique. Mais il ne faudra pas négliger les facteurs sociaux, organisationnels et politiques de la télésanté. Comme l'ont démontré plusieurs études se rapportant au FASS, les obstacles à la mise en œuvre de la télésanté sont, bien souvent, la surcharge de travail du personnel dans les communautés rurales, les problèmes de relations humaines entre les centre de télésanté, le manque d'intégration de la télésanté au système de prestation des services de santé rurale et l'absence de politiques sur des questions telles que le remboursement des médecins. De plus, on ne sait pas trop quelle est l'incidence de la télésanté sur la prestation des services de santé en milieu rural, quels sont les changements qu'elle entraîne dans le rôle des professionnels de la santé et dans les modes d'aiguillage des patients, de même que les conséquences à long terme. Ainsi, comme le prétendent plusieurs de ses adeptes, est-il vrai que la télésanté favorise le recrutement et la conservation des médecins en région rurale? Ou la télésanté est-elle simplement un prétexte à l'inaction, partant du principe qu'avec son avènement la mauvaise répartition des médecins ne sera plus un problème? Est-ce que la télésanté aide les communautés rurales à devenir plus autonomes en matière de prestation des services de santé ou est-ce qu'elle leur nuit? Toutes ces incidences sur le plan de l'élaboration des politiques n'ont pas encore reçu l'attention qu'elles méritent.

7. Conclusions et recommandations

La santé rurale retient de plus en plus l'attention du public. D'une part, parce que la plupart des régions du Canada sont des régions rurales et qu'une grande partie de la population canadienne vit en milieu rural; d'autre part, parce que les personnes qui vivent en milieu rural deviennent de plus en plus conscientes que celles qui vivent en milieu urbain les supplantent non seulement pour ce qui est de leur état de santé, mais aussi en ce qui concerne la répartition des ressources dans le secteur de la santé et l'accès aux services de santé. Il apparaît de plus en plus que la santé rurale ne correspond pas à l'idéal du système canadien des services de santé et qu'elle n'est pas conforme à certains principes énoncés dans la Loi canadienne sur la santé. Comme le faisait remarquer l'ancien ministre de la Santé, l'honorable Allan Rock, le Canada a un système de santé à deux vitesses : une pour les personnes qui vivent dans les grands centres urbains, et une autre pour celles qui vivent dans les régions rurales.

On constate une demande et un désir croissants de corriger ce déséquilibre et de prendre les mesures qui s'imposent avant que la situation ne se détériore davantage. Il est prématuré de parler de mouvement en faveur de la santé rurale, mais les signes sont là et il semblerait que les responsables du système des soins de santé commencent à comprendre le message. Voici quelques exemples de développements importants et encourageants dans le secteur de la santé rurale :

- Fondation de la Société de la médecine rurale du Canada et publication du *Journal canadien de la médecine rurale*;
- Programmes spéciaux institués dans la plupart des provinces et territoires portant sur les questions de santé rurale, notamment la pénurie de médecins en milieu rural, tels que le *Rural Physician Action Plan*, en Alberta;

- Création du Bureau de la santé rurale à Santé Canada;
- Diffusion par un groupe de parlementaires, en 2000, d'une Stratégie nationale pour la santé rurale;
- Renforcement de la recherche en santé rurale grâce à la création de centres de recherche et de réseaux pour la santé rurale, tels que le Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord et l'Institut de recherche pour la santé dans les régions rurales et éloignées, et à la récente nomination, par le président des instituts de recherche en santé du Canada, d'un conseiller spécial pour la recherche en santé rurale;
- Annonce récente de la création imminente, dans le nord de l'Ontario, d'une école de médecine pour les régions rurales et du nord; et
- Mise sur pied d'un nouveau Comité consultatif ministériel fédéral sur la santé rurale.

Le financement, par le FASS, d'un grand nombre de projets de santé rurale témoigne également de l'importance que les différents paliers de gouvernement accordent à cette question. Les 33 projets se rapportant au FASS et les études d'évaluation s'y rapportant nous ont permis de mieux comprendre le secteur de la santé rurale au Canada et d'avoir un meilleure idée de ce qui doit se faire. Bien que les conclusions de ces études pourraient déboucher sur plusieurs recommandations propres à plusieurs programmes ou pratiques, compte tenu de la nature du public visé par le présent rapport de synthèse, nous nous limiterons aux principales recommandations ayant une incidence sur les politiques. Ces recommandations s'inscrivent pour ainsi dire en parallèle aux incidences sur les politiques générales dont il a été question à la Section 6.

- Compte tenu de la complexité et des nombreuses facettes de la santé rurale, une stratégie globale s'impose en plus de solutions appropriées aux régions, aux disciplines et aux enjeux. L'élaboration de cette stratégie pourrait être confiée au nouveau Comité consultatif ministériel sur la santé rurale et à d'autres instances semblables.
- On a essayé d'adopter plusieurs solutions fragmentaires et symptomatiques, qui laissent à désirer. Si l'on veut qu'elle soit efficace et durable, une stratégie globale en matière de santé rurale doit, à tout le moins, porter sur certains de ses grands déterminants.
- Si l'on veut trouver de bonnes solutions à certains problèmes, une stratégie globale en matière de santé rurale doit dépasser le cadre des soins de santé, ce qui suppose une certaine concertation entre plusieurs secteurs et intervenants.
- Une meilleure compréhension de la santé rurale doit être le fondement de politiques concrètes et de programmes efficaces en matière de santé rurale – autrement dit, ceux-ci doivent reposer sur des résultats cliniques et scientifiques. La santé rurale doit être documentée et examinée de façon globale, systématique, objective et approfondie. Il faut donc renforcer la recherche en santé rurale dans notre pays.
- Plusieurs estiment que la pénurie de professionnels de la santé est le problème le plus urgent et le plus épineux qui se pose dans les régions rurales. Une stratégie efficace et à long terme pour les travailleurs de la santé en région rurale ne peut se fonder exclusivement sur des mesures incitatives visant à les y attirer. Tel que précisé à la Section 6(4), les programmes de recrutement et de conservation des effectifs fondés sur des mesures d'encouragement ne devraient être qu'un des volets d'une stratégie globale à plusieurs aspects et composantes.
- La télésanté est une technologie utile, surtout pour améliorer la santé rurale. Si l'on veut qu'elle soit vraiment efficace pour la santé rurale, il faut qu'elle « appartienne » aux communautés rurales et aux professionnels de la santé, et non qu'elle soit une autre solution imposée par le milieu urbain.
- Les technologies à l'appui de la télésanté font des bonds de géant, mais il existe de grandes lacunes au niveau des politiques sur les services de télésanté et en ce qui concerne notre compréhension de l'incidence de la télésanté sur le système des soins de santé en milieu rural. Le moment est venu de tenir compte de ces aspects, sinon la télésanté évoluera en grande partie dans un vide sur le plan des politiques.

Ouvrages de référence

Badgley, R.F. (1991). Social and economic disparities under Canadian health care. *International Journal of Health* Services, 21, 659-671.

College of Family Physicians of Canada. 1997 national family physician survey. Summary of the results of the survey available on-line at (www.cfpc.ca/Janus/Janushome.htm).

Cruise, D., & Griffiths, A. (1999). *Working the land: Journey into the heart of Canada.* Toronto: Penguin Books Canada.

Fair, M. (1992). Health of the rural population: Occupational mortality patterns. In R. Mendelson & R.D. Bollman (Eds.), *Rural and small town Canada.* Toronto: Thompson Educational Publishing.

Government of Canada. (2001). *Rural action plan: Building our future together.* Available on-line at (http://www.rural.gc.ca/crp_e.html).

Johnson, J.E. (1996). Social support and physical health in the rural elderly. *Applied Nursing Research, 9,* 61-66.

Mansfield, C.J., et al. (1999). Premature mortality in the United States: The roles of geographic area, socio-economic status, household type, and availability of medical care. *American Journal of Public Health, 89*(6), 893-898.

Pampalon, R. (1991). Health discrepancies in rural areas in Québec. *Social Science and Medicine, 33,* 355-360.

Pitblado, J.R., & Pong, R.W. (1995). Comparisons of regional variations in the utilization of medical and dental services in Ontario: A test of several hypotheses. In D.J. McCready and W.R. Swan (Eds.), *Change and resistance: Proceedings of the 6th Canadian conference on health economics.* Kingston, ON: Canadian Health Economic Research Association.

Pitblado, J.R, et al. (1999). *Assessing rural health: Toward developing health indicators for rural Canada.* [Report prepared for Health Canada]. Sudbury, ON: Centre for Rural and Northern Health Research, Laurentian University. Also available on-line at (www.laurentian.ca/www/cranhr/pdf/indicat/indicatrs.pdf).

Pong, R.W. (2000). Reimbursing physicians for telehealth practice: Issues and policy options. *Health Law Review, 9*(1), 3-12.

Pong, R.W., et al. (1995). *Building a stronger foundation: Health human resources in community-based health care: A review of the literature.* [Report prepared for the Federal, Provincial and Territorial Deputy Ministers of Health]. Ottawa: Health Canada. Also available on-line at (www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthcare/Building.htm).

Rosser, W.W. (1999). Application of evidence from randomised controlled trials to general practice. *The Lancet, 353,* 661-664.

Sahai, V.S., et al. (2000). A profile of cardiovascular disease in northern Ontario: Public health planning implications. *Canadian Journal of Public Health, 91*(6), 435-440.

Wilkin, R. (1992). Health of the rural population: Selected indicators. In R. Mendelson & R.D. Bollman (Eds.), *Rural and small town Canada.* Toronto: Thompson Educational Publishing.

World Health Organization (2000). *The world health report 2000. Health systems: Improving performance.* Geneva: World Health Organization.

Annexe A : Liste des projets du FASS touchant la santé rurale et télésanté

Cet annexe contient un sommaire des projets du FASS qui ont été revus dans le cadre de la préparation de ce document. Pour de plus amples renseignements concernant ces projets, prière de consulter le site Web du FASS : www.hc-sc.gc.ca/htf-fass.

(NA131) Projet-pilote sur les soins palliatifs à domicile en milieu rural : un projet collectif de la Nouvelle-Écosse et de l'Île-du-Prince-Édouard

Bénéficiaire : Nova Scotia Department of Health

Contribution : 997 800 $

Le Projet-pilote sur les soins palliatifs à domicile en milieu rural avait pour but de mettre en œuvre et d'évaluer un programme de soins palliatifs intégrés dans trois régions rurales : une en Nouvelle-Écosse et deux dans l'Île-du-Prince-Édouard. Le rapport précise les éléments clés du projet, notamment : accès et aiguillage par un point d'entrée unique, élaboration d'un outil d'évaluation en soins palliatifs et d'un tableau de soins à domicile communs, coordination par un gestionnaire de cas, soins dispensés par une équipe interdisciplinaire, formation améliorée sur les enjeux des soins palliatifs offerte au personnel infirmier, aux médecins et aux bénévoles. Le projet comprenait une importante initiative éducative qui abordait les grandes questions des soins palliatifs et s'adressait aux professionnels de la santé, aux membres du clergé et aux bénévoles; formation des équipes ressources; formation médicale continue à l'intention des médecins et perfectionnement du personnel enseignant. La formation destinée aux intervenants de première ligne a été suivie par 226 personnes et son évaluation indiquait que celles-ci l'avaient bien reçue et qu'elles retenaient les connaissances ainsi acquises trois mois après l'atelier.

(NA149) Les soins à domicile et les personnes atteintes de déficience psychiatrique : besoins et enjeux

Bénéficiaire : Association canadienne pour la santé mentale, Toronto

Contribution : 204 900 $

Cette étude nationale cherchait à savoir comment les adultes du Canada atteints de maladie mentale grave (excepté la maladie d'Alzheimer) pourraient profiter des services de soins à domicile subventionnés par l'État. Le projet a réalisé une évaluation nationale de l'accessibilité, de la pertinence et de l'efficacité des services existants de soins à domicile destinés aux adultes atteints de troubles mentaux graves en examinant les sondages complétés dans 77 succursales de l'ACSM et dans 140 organismes de soins à domicile, les commentaires provenant de patients et de proches dans le cadre de 13 séances de réflexion collective tenues d'un bout à l'autre du pays et l'information recueillie au cours d'entrevues individuelles avec 142 intervenants clés. Simultanément, on a élaboré, mis en œuvre et évalué des programmes pilotes à vocation régionale à Taber, Ottawa et Saint John's, lesquels montraient que l'intégration de la santé mentale et des soins à domicile peut se faire de différentes manières. Le rapport recommande que l'on apporte une série de changements à la politique et à la pratique qui allégerait le « syndrome de la porte tournante » qui voit les malades mentaux entrer à l'hôpital et en sortir dans un cycle sans fin : incorporer au congé de l'hôpital la planification de l'admission aux soins à domicile, fournir un soutien accru aux soignants naturels et au personnel des soins à domicile, réaliser une gestion intensive des dossiers. De plus, le rapport établit le bien-fondé de l'amélioration de l'intégration des services de soins à domicile et de santé mentale dans toutes les régions canadiennes.

(NA161) Télésoins à domicile : volet canadien de modélisation multi-sites

Bénéficiaire : The Hospital for Sick Children, Toronto

Contribution : 87 240 $

Ce rapport compare trois modèles de télésoins à domicile de conception régionale dont l'un (celui de Toronto) était opérationnel et les deux autres (ceux de Calgary et de Saint John's) étaient théoriques, et en dégage les éléments communs ainsi que les différences propres à chaque site. Le projet s'est assuré le concours

du personnel hospitalier et des soins à domicile pour élaborer les deux modèles théoriques de télésoins à domicile en définissant les concepts généraux du service, en déterminant la population de patients, en dégageant les éléments essentiels du service et en faisant des recommandations à propos des exigences technologiques. Ensuite, ces modèles ont été comparés à celui qui est actuellement mis à l'essai au Hospital for Sick Children de Toronto. Le projet a élaboré le plan directeur du service de base de télésoins à domicile pour le Canada qui pourrait permettre la dispensation à domicile de soins de plus haute intensité pour une période pouvant aller jusqu'à six mois après le congé de l'hôpital : établir une connexion audiovisuelle entre le centre de monitorage et les patients, surveiller les patients au moins une fois par jour, offrir un soutien en soins tertiaires aux patients et aux dispensateurs de soins communautaires. Les télésoins à domicile sont un complément des soins à domicile conventionnels et ne doivent pas les remplacer. Tout ceci a permis de mieux comprendre la nature, les avantages et la capacité d'adaptation d'un nouveau modèle de prestation de service, qui pourrait non seulement accroître l'efficacité du système de santé mais encore aider à résoudre les problèmes d'accès aux soins vécus par les patients des régions rurales ou éloignées.

(NA221) L'utilisation des benzodiazépines chez les aînés

Bénéficiaire : Association des facultés de médecine du Canada

Contribution : 618 455 $

Ce projet d'envergure nationale étudiait la faisabilité d'un examen de l'utilisation des médicaments à l'échelle du Canada ainsi que celle d'un volet de formation médicale continue (FMC) pour les médecins de première ligne au sujet de la prescription appropriée des benzodiazépines. La consommation abusive et la prescription inappropriée de benzodiazépines chez les personnes âgées sont toutes deux bien documentées. Chacun des huit provinces ayant des facultés de médecine aborde ce problème à sa façon. L'Ontario et le Québec ont pu identifier les médecins dont les schémas de prescription étaient potentiellement inappropriés et ont adapté les efforts d'éducation à ces personnes et ce, de manière confidentielle. Dans les différentes provinces, les interventions comprenaient des séminaires, l'envoi de matériel imprimé par la poste et du matériel d'enseignement aux patients. Quatre provinces ont également un programme de formation continue en pharmacothérapie. Deux provinces ont mis en place deux séances de FMC interactives pour petits groupes. Dans toutes les régions, l'initiative prenait une forme éducative et non coercitive. Au moment d'établir le présent rapport, l'analyse de suivi n'avait été achevée qu'en Ontario et à Terre-Neuve; dans cette dernière, on ne constatait aucun changement important sur le plan des données de prescription collective tandis qu'en Ontario, on notait une très modeste baisse au niveau des prescriptions individuelles aux aînés.

(NA342) Accroître l'efficacité des soins primaires par des modèles reposant sur la collaboration entre l'infirmière de première ligne et le médecin de famille

Bénéficiaire : Services de santé des Sœurs de la Charité d'Ottawa

Contribution : 745 695 $

Cette étude réalisait une évaluation systématique des moyens d'améliorer la « collaboration structurée » entre les infirmières de première ligne et les médecins de famille dans deux sites d'intervention et deux sites témoins dans des régions rurales et isolées de l'Ontario. Un module d'apprentissage sur la pratique en collaboration a été élaboré, mis à l'essai, puis mis en œuvre dans les sites d'intervention. Après avoir étudié le module, les professionnels de la santé participants (infirmières de première ligne et médecins de famille) ont sélectionné cinq actions qui pouvaient être entreprises dans le cadre temporel de l'étude en vue de renforcer leur collaboration. Le projet a constaté la survenue de changements au site d'intervention en réponse aux efforts fournis pour structurer la collaboration. Tandis que les infirmières assumaient une responsabilité accrue pour des activités de nature curative, se chargeaient de soins aux patients plus complexes, et orientaient moins de situations vers les médecins de famille, ces derniers n'ont pas modifié leurs schémas d'orientation des patients – une collaboration complète, avec un haut degré d'aiguillage dans les deux sens, ne s'est pas produite. Les chercheurs estiment qu'il faut davantage de temps et d'expérience pour que ce virage réussisse. De nouvelles lignes directrices sur les rôles ont fait l'objet d'une adaptation réussie, et au site de comparaison, les aiguillages internes vers les médecins ont augmenté durant la période visée par l'étude.

(NA366) Télécentres axés sur l'éducation et la santé communautaires (TEACH)

Bénéficiaire : Memorial University of Newfoundland

Contribution : 199 000 $

Ce projet pilote avait pour but de concevoir, mettre en œuvre et évaluer un modèle de prestation des soins primaires et de formation dans ce domaine dans trois collectivités rurales de Terre-Neuve en faisant appel aux technologies de communication. Le projet a analysé des rapports en provenance de trois sites de services de télésanté ainsi que les formulaires d'évaluation complétés par les patients ayant participé à des vidéoconférences ou utilisé d'autres applications de télésanté; il a consulté les professionnels de la santé et le personnel technique et interviewé les acteurs clés notamment des prestateurs de soins. Les clients disaient des installations de télésanté qu'elles étaient bonnes ou excellentes et qu'ils les utiliseraient de nouveau. En revanche, des problèmes sont survenus au niveau des coûts reliés aux communications par satellite et de l'absence d'un mécanisme de financement visant à régler les honoraires des médecins prodiguant des services de télésanté.

(NA402) Projet national de recherche sur la télémédecine des Premières nations

Bénéficiaire : Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada

Contribution : 1 998 000 $

Ce projet examinait dans quelle mesure la télémédecine pourrait améliorer l'accès aux services de santé dans les collectivités rurales, isolées – deux termes qui décrivent un tiers de l'ensemble des collectivités des Premières nations et des Inuits. On a retenu cinq collectivités des Premières nations pour faire un essai pilote de ce projet de télémédecine de deux ans et demi. Il avait pour buts de permettre aux proches de rendre « visite », par le biais de vidéoconférences, aux malades hospitalisés à l'extérieur, aux patients d'être traités dans leur propre collectivité grâce à des connexions électroniques avec des experts sanitaires, et au personnel en milieu isolé d'accéder à la formation, à l'information et à l'expertise. Les coûts encourus concernaient l'introduction de la technologie et la nécessité de l'entretenir (en moyenne, les coûts d'infrastructure s'élevaient à 245 000 – 305 000 $ par collectivité). L'utilisation de la technologie soulevait des défis de nature juridique et technique concernant la protection et la confidentialité des renseignements personnels et créait des besoins de formation et de soutien technique. La coordination de la télémédecine exigeait un supplément de personnel possédant une qualification médicale en vue de faciliter la communication avec les dispensateurs de soins à distance – un vrai défi dans des collectivités aux ressources financières limitées et faisant face à une pénurie chronique d'infirmières. Cette étude constatait que la télémédecine réduit l'efficacité en terme de charge de travail car elle accroit les pressions exercées sur les ressources humaines au niveau de la collectivité. De même, elle augmente les coûts liés à certains services de santé connexes. Pour que les collectivités des Premières nations et des Inuits puissent se connecter entre elles et participer à des initiatives conjointes, il faut que l'on normalise le matériel de télémédecine et qu'on en assure l'interopérabilité. Bien que la présente évaluation montre que la télémédecine puisse faire l'objet d'une mise en œuvre réussie dans des collectivités isolées des Premières nations, le rapport conclut qu'il existe un risque élevé d'échec si les projets ne bénéficient pas des ressources humaines, financières ou techniques nécessaires.

(NA403) Projet pilote national de télémédecine en néphrologie

Bénéficiaire : Corporation hospitalière Beauséjour, Moncton

Contribution : 2 983 200 $

Cette étude pilote réalisée dans le nord-est du Nouveau-Brunswick comportait trois volets : un projet d'enseignement à distance s'appuyant sur les vidéoconférences pour informer les diabétiques des Premières nations sur les risques d'insuffisance rénale chronique et sur les modifications des habitudes de vie nécessaires; une comparaison de l'efficacité de l'enseignement à distance par rapport à l'enseignement sur place aux patients juste avant qu'ils subissent une dialyse; traitements dyalitiques supervisés administrés par des centres satellites par l'intermédiaire de liens vidéos et transmission électronique des données. Les deux premiers volets, qui faisaient appel aux vidéoconférences pour l'enseignement aux patients, s'avéraient prometteurs car ils appelaient une rétroaction positive de la part des patients, mais les résultats

étaient non décisifs du fait des délais temporels rapprochés et de la faible taille des échantillons. Quant au troisième volet, c'était la toute première fois au Canada que les techniques de la télémédecine étaient appliquées à la dialyse, et les responsables du projet ont beaucoup appris sur la planification et la mise en œuvre de nouvelles technologies et logiciels complexes. Bien que les patients aient réalisé des économies puisqu'ils n'avaient plus à se déplacer et bien qu'ils aient exprimé leur satisfaction vis-à-vis des consultations à distance, les coûts de chaque traitement de dialyse revenaient à environ 10 pour cent plus cher que le traitement effectué à l'hôpital. Les chercheurs ont précisé que cette différence pourrait éventuellement disparaître si les sites satellites faisaient l'objet d'une utilisation plus intensive en se tournant vers d'autres applications de la télémédecine.

(NA485) Évaluation de modèles de prestation de soins de santé dans les régions inuit

Bénéficiaire : Inuit Tapirisat du Canada, Ottawa

Contribution : 163 800 $

Cette étude examinait la manière dont les soins de santé sont dispensés dans six régions inuites disparates du Canada, parmi des populations présentant l'espérance de vie la plus brève, le taux de suicide et le taux de natalité les plus élevés de tous les peuples autochtones du Canada. C'est en utilisant une approche holistique axée sur la santé de la population dans les entrevues réalisées auprès de 41 informateurs clés et une évaluation des commentaires émanant du Forum national sur la santé des Inuits que ce rapport jette les bases de l'analyse future des modèles de prestation de soins de santé. Il constate que les problèmes de santé mentale et la prévention du suicide constituent les grandes priorités dans toutes les régions inuites et que toutes les collectivités sont dotées de services en soins infirmiers de première ligne, quoique les pénuries de personnel mettent le système à rude épreuve. Il existe de nettes différences régionales en ce qui concerne les soins dispensés par les médecins. De manière générale, pour ce qui est de la santé, l'accent doit être mis sur la prévention, sur l'enseignement et sur la promotion, et il faut que les Inuits soient impliqués à tous les niveaux du système afin que ce dernier intègre le savoir traditionnel et la culture.

(AB301) Projets de services de soins primaires de l'Alberta

Bénéficiaire: Alberta Health and Wellness

Contribution : 11 112 759 $ – Vingt-sept projets

Ce rapport constitue une méta-analyse de 27 programmes d'évaluation ou pilotes de l'Alberta. Les projets relevaient de six stratégies clés, à savoir : l'accès aux soins en régions rurales et éloignées, la prévention des maladies et la promotion sanitaire dans le cadre de l'amélioration des services à la collectivité, l'intervention précoce et l'éducation, la restructuration du système de santé, la prestation de services intégrés, l'amélioration de la qualité des soins et services et des applications de modèles de centres de soins communautaires. Les résultats obtenus dans le cadre des projets se traduisent, à divers degrés, par une meilleure compréhension des six dimensions nationales des soins de santé primaires. Certains projets indiquaient que les méthodes de rémunération actuelles des médecins avaient pour effet de freiner leur coopération inter- et multidisciplinaire. Bon nombre de projets illustraient la réussite de la prestation de services intégrée et se soldaient par une amélioration de la continuité des soins. D'autres projets mettaient en lumière la nécessité d'un partage d'information accru entre fournisseurs de soins, clients, organismes gouvernementaux et administrateurs. D'autres encore faisaient valoir l'importance et les avantages des stratégies d'intervention précoce et de sensibilisation du public. Les projets réalisés en régions rurales ou éloignées ont mis à l'essai des stratégies de rechange efficaces pour améliorer les soins primaires comme la télésanté, les infirmières en poste éloigné, les équipes médicales à distance et le suivi des calendriers de vaccination. Tous ces projets ont fourni un rapport individuel que viennent compléter des feuillets d'information et des résumés.

(AB301-17) Une évaluation du Programme de soins palliatifs communautaire intégrés de la régie régionale de santé de Lakeland

Ce projet visait à mettre en place et à évaluer un modèle de prestation intégrée des soins palliatifs dans une région rurale du Centre-Est de l'Alberta. Il avait pour but d'améliorer l'accès aux soins palliatifs et la qualité des services. L'équipe du projet se composait d'un médecin consultant en soins palliatifs, d'une responsable de projet et d'une coordonnatrice des soins palliatifs

qui jouait également le rôle de consultante en soins infirmiers. On a constaté l'augmentation des consultations entre les professionnels de la santé et l'équipe de soins palliatifs; les patients, les proches et les prestateurs de soins signalaient tous une amélioration de la qualité des soins; le projet a réussi à amorcer le virage des soins de courte durée aux soins communautaires. Ainsi, dans la zone concernée par le projet pilote, le nombre des décès à domicile est passé de 8 pour cent en pré-programme à presque 30 pour cent en post-programme.

(AB301-19) Évaluation de l'utilité de la télésanté dans la prestation des soins de santé primaires améliorés dans les collectivités nordiques géographiques isolées de Trout Lake, Peerless Lake et de Red Earth Creek

Les chercheurs évaluaient l'efficacité d'un service de télésanté en matière de prestation des soins primaires dans trois collectivités géographiquement éloignées. On estime que les services de télésanté sont utiles parce qu'ils peuvent rehausser la continuité, la quantité, la disponibilité et l'accessibilité des soins dans les collectivités isolées. Cependant, le personnel et les participants n'avaient pas reçu une formation suffisante au niveau du fonctionnement de tels services et on a constaté qu'il n'y avait pas eu assez d'interactions de télésanté pour pouvoir conclure si cette technologie permettait de fournir des soins de qualité, si elle était rentable ou si elle accroissait l'accès aux soins. La trop petite quantité de données statistiques et de perceptions des clients dont disposaient les auteurs les a empêchés de répondre à la question de départ, à savoir si la télésanté est utile ou non. Les responsables du projet ont toutefois conclu que « dans les bonnes conditions et avec une orientation appropriée », la télésanté pourrait s'avérer avantageuse pour les collectivités visées par l'étude.

(AB301-20) Quelles sont les caractéristiques des clients et les obstacles perçus qui les empêchent de respecter le calendrier d'immunisation, et quel impact aura une stratégie de refus d'immunisation sur le respect ultérieur du calendrier à six mois, douze mois et dix-huit mois?

Ce projet cherchait à augmenter le taux de vaccination dans la régie régionale de la santé de Keeweetinok Lakes, une région couvrant un vaste territoire et d'une grande diversité culturelle, 50 % de ses 25 000 habitants étant d'ascendance autochtone. On espérait améliorer les taux de vaccination en invitant les personnes qui ne voulaient pas actualiser les vaccinations de leur enfant à signer un formulaire de refus ou à prendre rendez-vous pour la prochaine vaccination. Les chercheurs ont suivi le respect du calendrier relativement aux rappels de douze et dix-huit mois et de la visite préscolaire. Les chercheurs ont découvert qu'en ce qui a trait aux parents, leur manque de connaissances au sujet des vaccins constitue peut-être le principal obstacle à la vaccination. Le manque d'accès à une clinique représentait un autre facteur de taille. Parmi les autres obstacles, on notait le manque de services de garde d'enfants et les problèmes de transport. Le projet a permis d'accroître les taux de vaccination de la région d'environ 20 pour cent. Le formulaire de refus ne constituait pas une stratégie efficace pour résoudre le problème de la sous-immunisation.

(AB301-22) Projet de soins de santé primaires pour le secteur d'Elnora

Ce projet vise à élaborer, mettre en place et évaluer un modèle de soins de santé primaires pour des régions rurales, qui incorporerait des principes de développement communautaire. On espérait fournir aux résidants du secteur d'Elnora des services de santé abordables, accessibles, efficaces et acceptables, en introduisant un poste d'infirmière praticienne (IP) au centre de santé rural. L'IP dispensait des services élargis : prescription de médicaments, sutures, examens physiques, commande et interprétation de tests de laboratoire. L'IP entretenait également un stock de produits d'urgence de base ainsi que le matériel et les médicaments connexes. En général, ce projet s'intéressait aux « services de soins de santé » plutôt qu'aux facteurs contribuant à la santé. Toutefois, les services fournis par l'IP ont été utilisés et acceptés, et les clients n'avaient de mal à différencier entre une maladie ou une blessure qui exigeait l'attention du médecin et celle qui pouvait être soignée par l'IP. En outre, les clients avaient une confiance accrue dans la gestion des interventions d'urgence.

(AB301-23) Système de soins de santé primaires à distance (rural)

Ce projet-pilote a fourni aux résidants de trois collectivités éloignées visées par l'étude une équipe mobile de professionnels de la santé qui s'y rendait

sur une base hebdomadaire ou bihebdomadaire. L'équipe principale se composait d'un médecin, d'une infirmière, d'un pharmacien, d'un technicien de laboratoire, d'un thérapeute respiratoire et d'un orthophoniste. Une seconde équipe fournissait des soins de santé du sein, des services nutritionnels, un programme d'éducation sur le diabète, une approche communautaire, des ressources en justice pour les jeunes. Le but du projet était d'améliorer l'accès aux soins primaires; de rehausser la perception des services de santé au niveau de la collectivité; de créer des liens avec les organismes appropriés. Des relations fortes et harmonieuses ont vu le jour parmi les membres des équipes mobiles, et aussi entre le personnel et les membres de la collectivité. Les résidants rapportaient leur grande satisfaction vis-à-vis des services prodigués et ne confondaient pas les services mobiles avec les autres services de santé. En outre, on a constaté une nette amélioration en matière de consommation des médicaments d'ordonnance et de vaccination antigrippale.

(AB301-26) Services de santé primaire dans quatre collectivités rurales

Ce projet visait à établir des services de santé primaire intégrés dans quatre collectivités rurales de la East Central Regional Health Authority de l'Alberta. Il portait avant tout sur l'établissement de partenariats avec ces collectivités en vue de bâtir un système de soins de santé primaire intégré et durable qui pourrait éventuellement être appliqué à l'échelle de la région. Chaque collectivité a lancé de nouvelles activités dans le cadre du projet, allant de l'établissement d'inventaires des services à la collecte de données en passant par des activités planifiées tel qu'une tribune communautaire sur l'intimidation dans une école locale. À mesure que le projet avançait, les participants estimaient que la région écoutait les intervenants et souhaitaient que chaque collectivité aborde l'initiative à sa façon. Lors de la deuxième phase, les répondants se souciaient moins des rivalités de clocher, et tous jugeaient que le projet avait permis d'établir des partenariats réussis.

(BC403) Troubles de l'alimentation chez les jeunes du Nord

Bénéficiaire : Northern Interior Health Unit

Contribution : 277 870 $

Ce projet de 18 mois cherchait à aider les médecins et les résidants de collectivités rurales et isolées à mieux prévenir les troubles de l'alimentation et à les traiter plus près de chez eux. Il impliquait 30 collectivités et 385 participants. Les concepteurs ont mis sur pied un comité de conseillers régionaux se réunissant mensuellement, ont utilisé des enquêtes pour examiner les besoins et les ressources communautaires, puis ont préparé et donné diverses séances de formation de plusieurs jours sur la prévention, l'intervention et le traitement. L'étude suggère qu'un cadre théorique pourrait être intégré dans une politique provinciale/fédérale sur les troubles de l'alimentation. Le cadre décrit et fait valoir une approche plus globale et plus intégrée de la prévention, de l'intervention, du traitement et du diagnostic, et il présente de solides arguments en faveur du développement des ressources consacrées au traitement de ces troubles.

(BC422) Soins intégrés postnatals et soutien à l'allaitement

Bénéficiaire : North West Community Health Services Society

Contribution : 63 037 $

Ce projet a établi un partenariat entre un hôpital de soins de courte durée et des services de santé publique afin de fournir des soins postpartum dans une collectivité semi-urbaine isolée du nord de la Colombie-Britannique. Ce projet examinait les préoccupations relatives aux effets d'un congé précoce sur les résultats postnataux, notamment l'allaitement. Les femmes participaient à une clinique sept après-midi par semaine ou recevaient une visite à domicile au cours des deux premières semaines postnatales. La clinique abordait les sujets suivants : allaitement, développement du nourrisson, adaptation de la famille, liens vers d'autres services. La satisfaction de la clientèle était élevée, et le personnel soignant a exprimé la confiance qu'il éprouvait vis-à-vis du service. Toutefois, l'échéancier de 12 mois n'a pas permis d'évaluer les résultats pour les patientes.

(ON121) Projet pilote de contrôle cardiaque à domicile intégré

Bénéficiaire : Scarborough General Hospital

Contribution : 650 000 $

Le Projet de contrôle cardiaque à domicile intégré (CHAMP) était une étude sur échantillon aléatoire et contrôlé de la surveillance à domicile de patients atteints d'insuffisance cardiaque globale (ICG) après le congé de l'hôpital à la suite d'un épisode cardio-respiratoire aigu. Le but principal de l'étude était de voir si une surveillance plus intensive à domicile, une option rentable, ferait baisser les taux de réadmissions et améliorerait les résultats pour les patients, leur état fonctionnel et la rentabilité du programme cardio-respiratoire. Le groupe participant à l'étude a reçu les soins standards et a bénéficié d'un enseignement sur les symptômes de l'ICG, les médicaments, l'exercice physique et la nutrition. On a remis aux participants le matériel technique de surveillance « Life Signs System® » qui permet d'enregistrer et de transmettre les signes vitaux par téléphone à un centre d'archivage central où ils faisaient l'objet d'un examen par les infirmières du projet. Les résultats indiquent que le groupe de l'étude avait un taux de satisfaction sanitaire statistiquement plus élevé et que les consultations téléphoniques avaient permis d'éviter 32 pour cent de visites à l'urgence chez ses membres. Le taux de réadmissions s'élevait à 4 pour cent dans les deux groupes, mais la clinique a signalé qu'en surveillant les patients à domicile, elle serait à même d'augmenter le volume de patients évalués de 50 à 82 par semaine.

(QC305) Le Réseau Mère-enfant supra-régional

Bénéficiaire : Hôpital Sainte-Justine

Contribution : 2 278 514 $

Ce projet a mis en place un « réseau mère-enfant » parmi les hôpitaux de quatre régions sanitaires du Montréal et de sa région englobant même des zones rurales au nord de la métropole, afin d'alléger la charge des centres urbains en offrant les soins primaires et secondaires dans les hôpitaux situés à proximité de la clientèle. Le projet a fait appel aux technologies de la télémédecine et à la formation à distance à l'intention des praticiens. On a réorganisé la pratique clinique afin que les mères et les enfants puissent recevoir les soins dans les hôpitaux à proximité de leur domicile, et on a élaboré des mécanismes de coordination afin de garantir un continuum de soins tout au long de la démarche de transfert. L'évaluation du projet rapporte certains succès, notamment au niveau de la coordination des opérations. Le volet télémédecine du projet a aussi permis d'améliorer l'accès aux services dans les régions isolées où les médecins ayant les qualifications nécessaires sont rares. Il n'a pas été possible d'estimer les coûts-avantages du fait des pratiques actuelles en matière de collecte des données. Les auteurs signalent qu'un des obstacles les plus épineux étaient que les parents préféraient se rendre au service des urgences de l'hôpital parce qu'ils savaient qu'ils y trouveraient des pédiatres. Ainsi, durant la brève période couverte par l'étude, les schémas d'accès n'ont pas changé de manière significative.

(QC323) Implantation d'un programme de formation soutenu par les technologies de l'information à l'intention du personnel infirmier pour la dispensation de services de santé en milieux isolés

Bénéficiaire : Centre de santé de la Basse-Côte-Nord, Lourdes-de-Blanc-Sablon, Québec

Contribution : 748 213 $

Ce projet-pilote a mis au point un programme de formation continue destiné aux infirmières œuvrant en milieux isolés de la Basse-Côte-Nord du Québec. Trois unités de 45 heures chacune ont ainsi été offertes par vidéoconférence. À l'origine, le projet projetait d'enseigner aux infirmières certaines techniques avancées puisque la disponibilité de médecins était fort peu probable dans ces milieux isolés. On a dû abandonner ce but lorsque le Collège des médecins du Québec a insisté pour que les protocoles concernant la performance de ces techniques par des infirmières reçoivent d'abord l'aval des organismes professionnels concernés. On a donc élaboré et enseigné des programmes de remplacement. Les infirmières ont ainsi acquis de nouvelles connaissances; elles exprimaient leur satisfaction générale vis-à-vis des cours, bien que la majorité des participantes rapportent des changements limités dans leur pratique. Elles réclamaient une supervision clinique en plus des vidéoconférences. L'expérience s'est soldée par une amélioration de la collaboration entre médecins et infirmières et des attitudes vis-à-vis de l'éducation à distance.

(QC402) Effets des modes d'intégration des services en émergence dans la région sociosanitaire des Laurentides, Québec

Bénéficiaire : Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides

Contribution : 310 975 $

La Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, Québec, a procédé à la restructuration de ses services sanitaires et sociaux dans le cadre des récentes réformes provinciales, dont le virage ambulatoire. Cette étude évalue les résultats de la démarche retenue par la région en vue de dispenser davantage de services en dehors des milieux institutionnels et d'accroître l'intégration des services. L'évaluation est rendue plus complexe par la division de la région en cinq sous-régions, chacune ayant choisi sa propre démarche en fonction de ses caractéristiques géographiques, démographiques et socio-économiques. Les auteurs ont repéré certains liens entre les caractéristiques des sous-régions et l'étendue de l'intégration. Ils en ont conclu que la régie régionale avait réussi à démarrer l'important processus de changement dans la bonne direction et recommandent qu'elle continue de respecter la diversité des sous-régions, en précisant que ce qui donne d'excellents résultats dans l'une peut ne pas convenir à une autre. Les auteurs avancent d'autres recommandations particulières ayant trait aux facteurs qui favorisent les changements dans la pratique, notamment des encouragements de nature financière allant de pair avec l'intégration des services. Ils recommandent également des mesures permettant de continuer à offrir des services qui répondent aux besoins d'une population diverse.

(QC409) Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardio-vasculaires au Saguenay-Lac-Saint-Jean

Bénéficiaire : Groupe de recherche et d'intervention sur les dyslipidémies, le diabète et l'athérosclérose

Contribution : 638 000 $

Ce projet-pilote avait pour but de créer un réseau de services de rééducation et de prévention secondaire pour les patients atteints de maladies cardio-vasculaires. Les services étaient fournis au niveau local, dans les collectivités de six secteurs situés dans la région sociosanitaire du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Ces services assuraient la promotion de choix sains en matière d'habitudes de vie comme mécanisme de gestion des risques. Les huit premiers mois du projet étaient consacrés à la mobilisation des collectivités et à l'élaboration d'une structure organisationnelle et opérationnelle. Tous les établissements qui étaient sur le point d'offrir une clinique devaient signer une entente formelle avant le début de la phase opérationnelle; ce cadre était essentiel pour la gestion et la réussite du projet. Les patients étaient orientés vers le programme par les médecins de l'hôpital et recevaient des consultations individuelles et collectives sur les questions entourant les habitudes de vie. L'évaluation du programme préventif a décelé certains effets sur les taux sanguins de lipides et le degré d'activité physique. Le projet ne comprenait pas d'analyse des réductions potentielles de coûts pour le système de santé; l'évaluation se concentrait sur la démarche de planification et de mise en œuvre et décrivait les divers facteurs facilitants et obstacles rencontrés. Le rapport recommande d'accroître les liens avec les médecins afin d'améliorer le taux d'aiguillage vers le réseau.

(QC425) La télémédecine au service des régions : Un projet de démonstration aux Îles-de-la-Madeleine

Bénéficiaire : Centre hospitalier universitaire de Québec

Contribution : 810 087 $

Le défi de la prestation de services spécialisés à une population vivant en région éloignée était au cœur de ce projet de télésanté dans les îles de la Madeleine. L'Hôpital de l'Archipel était relié, surtout par vidéoconférences, à des spécialistes d'établissements de Québec et de la Gaspésie. L'équipement permettait les consultations sur les soins aux patients et les séances de formation permanente aux professionnels de la santé des Îles. On a ainsi évité, dans certains cas, le transport de patients vers des centres urbains; quelquefois, la décision de transférer les patients était prise après la consultation. Dans l'ensemble, les professionnels des soins de santé et les patients étaient satisfaits de la démarche. Les auteurs remarquent que la réussite du projet a été rehaussée par le démarrage fortuit d'un réseau provincial de télécommunications dans les services sanitaires et sociaux. Il a aussi profité

d'une expérience préalable en télésanté et des réseaux existants d'hôpitaux et de médecins. Les responsables de la mise en œuvre occupaient des postes clés dans leurs organismes respectifs et encourageaient la participation des médecins et la prise de décision consensuelle. Le rapport cerne un certain nombre de défis dont des problèmes technologiques et des difficultés liées à la rémunération des médecins.

(QC431) Projet de capitation dans la Municipalité régionale de comté du Haut-Saint-Laurent

Bénéficiaire : Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Contribution : 3 171 031 $

Ce projet d'envergure était conçu pour intégrer les services de santé primaires dans une municipalité régionale de comté du Haut-Saint-Laurent, Québec. Il visait à fournir des soins de santé primaires efficaces et optimaux, accessibles à l'ensemble des 25 000 habitants de la région. La responsabilité de la coordination de nature territoriale a été confiée à un groupe de planification dirigés par des médecins. Les changements comprenaient la rémunération des médecins pour les heures qu'ils consacraient aux activités d'organisation et de gestion, l'embauche d'infirmières pour les centres médicaux, la restructuration des services dans l'ensemble de la MRC afin d'en augmenter la complémentarité parmi les différents établissements et organismes. En outre, on a mis au point un système de communication pour la transmission de l'information clinique entre les praticiens et les divers établissements, et sept bases de données ont été condensées en une. Les résultats préliminaires révèlent une amélioration au niveau de la continuité; un faible taux de chevauchement entre les établissements, ce qui permet de soigner davantage de patients sur place; une utilisation décroissante des ressources hospitalières. Les chercheurs jugent que l'information de la banque de données contribuera à la ventilation efficace des ressources, en partie en permettant aux gestionnaires de surveiller l'utilisation des services sur une base individuelle. Pour continuer, le projet est actuellement à la recherche d'un financement stable.

(QC432) La participation des citoyennes et citoyens à l'émergence de solutions alternatives aux besoins de services de soins de santé primaires dans les petites communautés qui adhèrent à « Villes et villages en santé »

Bénéficiaire : Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Contribution : 108 831 $

Ce projet décrivait et évaluait une démarche de développement communautaire pour la mise en œuvre des services de soins primaires dans cinq petites municipalités (ayant entre 200 et 3000 habitants) en Abitibi-Témiscamingue. Cette démarche de développement communautaire intitulée Villes et villages en santé (VVS) a rassemblé des comités de citoyens bénévoles, des élus et des employés municipaux et des fournisseurs de services de santé, notamment ceux du CLSC. Ces comités ont fixé les priorités et ont proposé des réponses novatrices aux besoins locaux en matière de soins primaires. La principale leçon tirée de l'expérience est que le développement communautaire est un exercice chronophage et que le démarrage d'un comité VVS et, simultanément, la réalisation de résultats concrets en matière de soins primaires représentaient un défi de taille. Les auteurs explorent les défis et concluent que ces facteurs pourraient être surmontés avec le temps.

(QC434) Mise en place d'un système intégré pour les personnes souffrant de problèmes mentaux sévères et persistants

Bénéficiaire : Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, Kuujjuaq, Québec

Contribution : 488 238 $

Ce projet-pilote s'attaquait aux problèmes psychosociaux croissants et aux taux de suicide élevés de la région du Nunavik en fournissant hébergement, soutien et emploi aux personnes atteintes de troubles mentaux sévères et chroniques qui, autrement, seraient envoyées à Montréal. La démarche intégrée du projet a tiré parti des travaux préalables à la mise en œuvre : préparation des collectivités, description détaillée des objectifs et des procédures, clarification de la reddition de comptes. Au cours de ses neuf mois de fonctionnement, le centre a accueilli 12 clients qui y ont gagné en autonomie. La plupart d'eux ont réussi à faire face en toute efficacité aux problèmes liés à

leurs toxicomanies; un seul client a dû être hospitalisé dans le cadre du programme. Grâce au projet, Inukjuak dispose d'une nouvelle ressource, et l'étude indique que la documentation ainsi élaborée pourrait être utile à d'autres collectivités isolées.

(SK321) Divers rôles des femmes dans l'économie agricole et les conséquences de ces rôles pour leur santé, leur bien-être et leur qualité de vie

Bénéficiaire : University of Regina

Contribution : 13 928 $

Cette étude jette un regard global sur les enjeux relatifs aux agricultrices de la Saskatchewan. Les chercheurs ont réalisé une enquête auprès de 717 agricultrices et des entrevues auprès de professionnels avertis; ils suggèrent que des facteurs particuliers donnent naissance à des préoccupations de santé qui sont propres à ce groupe, comme le stress, les contraintes financières, les charges de travail élevées, l'isolement et l'utilisation de produits chimiques. L'étude s'est intéressée à une vaste gamme d'enjeux pour les agricultrices, des concepts du féminisme aux activités de loisirs en passant par les habitudes en matière d'exercice physique.

(SK325) Programme de santé et de sécurité dans l'agriculture

Bénéficiaire : Midwest District Health

Contribution : 82 681,32 $

Ce projet avait pour but de réduire l'incidence des maladies et des accidents professionnels chez les agriculteurs du Midwest District de la Saskatchewan. Presque la moitié de la population active de cette région cite l'agriculture comme emploi primaire. Le projet a embauché une infirmière autorisée qui a offert des services de dépistage et d'éducation sanitaires à 159 agriculteurs à l'échelle du district en parcourant ce dernier dans une unité mobile de santé et de sécurité. Les participants y passaient une épreuve fonctionnelle respiratoire, un test auditif, des évaluations du dos et des articulations et des évaluations relatives au stress. L'infirmière a également donné un enseignement personnalisé et a aiguillé les sujets vers d'autres professionnels de la santé lorsqu'il le fallait. On encourageait les agriculteurs à dégager les risques pour leur propre santé et à prendre des mesures en vue de les réduire. Ce projet a été bien accueilli par les agriculteurs participants et ils étaient nombreux à dire que le programme les avait amenés à changer leurs pratiques de travail afin de réduire les risques et d'améliorer leur santé. Presque tous ont ajouté qu'ils conseilleraient le programme à autrui et que l'approche mobile des soins était plus efficace que ce qui avait été fait jusque-là. Un nombre important de participants a été aiguillé vers des spécialistes.

(SK326) Programme enrichi de réadaptation en milieu rural

Bénéficiaire : Assiniboine Valley Health District

Contribution : 177 513 $

Ce projet visait à améliorer les services de réadaptation dans le Assiniboine Valley Health District en faisant appel à trois physiothérapeutes auxiliaires à temps plein qui travaillaient aux côtés de deux physiothérapeutes eux aussi à temps plein. Les trois physiothérapeutes auxiliaires ont été embauchés à un salaire moindre que celui des physiothérapeutes en titre pour s'occuper de diverses tâches dont le travail de bureau, l'enseignement aux patients et la conduite de cures de mouvements. Une évaluation interne a conclu que le nombre de patients recevant un traitement et la fréquence des traitements avaient augmenté tandis que la durée d'hospitalisation des patients avait, elle, diminué. De plus, il y avait une baisse du nombre de blessures au dos, aux épaules et au cou chez les professionnels des soins de santé et du nombre de chutes chez les patients. Toutefois, l'étude a également découvert que les patients devaient attendre plus longtemps les services de physiothérapie, une situation qui, selon les chercheurs, était due à l'accroissement des renvois par les médecins convaincus que le système pouvait répondre aux besoins.

(SK401) Une évaluation de l'incidence de la restructuration et de l'intégration des services de santé en milieu rural : Une enquête communautaire

Bénéficiaire : Health Services Utilization and Research Commission

Contribution : 140 130 $

La restructuration du système des soins de santé de la Saskatchewan, démarrée en 1991, s'est soldée par l'élimination des services de soins de courte durée dans de nombreux hôpitaux ruraux de faible taille et par l'intégration des services sous l'égide des conseils

de santé régionaux. Ce sondage d'opinion publique a demandé à un gros échantillon de résidants des zones concernées de préciser l'incidence des compressions budgétaires sur leur accès aux services de santé, leur état de santé et la viabilité de leur collectivité. Bien que les changements n'aient apparemment pas eu d'incidence sur leur état de santé, l'étude a mis à jour une insatisfaction généralisée vis-à-vis du système de santé et un ressentiment persistant à l'encontre des changements. Les niveaux de satisfaction supérieurs étaient associés à la détermination des dirigeants communautaires, au remplacement des soins de courte durée hospitaliers par des options acceptables, à l'appui local en faveur de solutions novatrices et à une communication efficace avec les partenaires au sein et à l'extérieur de la collectivité. L'étude conclut néanmoins, que l'information, la participation de la collectivité et une communication transparente sont des conditions nécessaires mais *pas* suffisantes pour rallier la collectivité aux changements apportés aux systèmes lorsque ces derniers y ont des racines profondes. Les auteurs soulignent que de telles divergences entre les perceptions et les réalités nuisent à l'efficacité des changements d'orientation et enveniment le débat qui, à force d'arguments fallacieux, en devient purement rhétorique. Ils recommandent donc des démarches de communication et de consultation plus efficaces, notamment en ce qui concerne l'information du public sur les effets réels des changements. Cette étude complétant l'étude SK422, les deux projets ont préparé un rapport commun.

(NF301) Projet d'amélioration des soins de santé primaires

Bénéficiaire : Department of Health and Community Services, Government of Newfoundland and Labrador

Contribution : 2 181 823 $

Ce projet a évalué le Primary Health Care Enhancement Project (PHCEP) de Terre-Neuve, dans trois sites ruraux de la province. Le PHCEP, une initiative de la province de Terre-Neuve et du Labrador qui était financée conjointement par elle et le FASS, s'intéressait à trois problèmes de santé rurale urgents : le recrutement et le maintien en poste de professionnels de la santé, la continuité des soins; le passage à un modèle de soins primaires. Les problèmes de recrutement et de maintien en poste ont été abordés par le biais de services médicaux multidisciplinaires et d'unités d'enseignement à chaque site. On a réglé le problème de la continuité des soins en créant des postes d'infirmières praticiennes. La troisième composante était l'utilisation de matériel de vidéoconférence pour les consultations cliniques, la diffusion d'information relative à la santé et les possibilités de perfectionnement professionnel.

(NT401) Améliorer l'efficacité et l'efficience des programmes à l'intention des personnes âgées, des personnes handicapées et des malades chroniques

Bénéficiaire : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

Contribution : 79 000 $

Ce projet a élaboré et mis en œuvre une nouvelle Trousse d'évaluation en soins continus (CCAP) permettant d'évaluer les clients exigeant des soins continus dans les Territoires du Nord-Ouest. L'utilisation d'un instrument normalisé a permis de diriger les clients vers les services communautaires qui fournissent un continuum de soins en tant qu'option rentable à l'institutionnalisation. Les données recueillies grâce à la trousse CCAP ont également permis d'améliorer la planification de la prestation des services, du logement et d'autres besoins liés aux ressources. Le rapport du projet pilote souligne les obstacles rencontrés tels que la résistance au changement, mais le principal problème était le roulement du personnel. Dans les juridictions de faible taille, le départ d'une personne et la perte d'expertise connexe perturbent sérieusement la mise en œuvre des programmes. Les auteurs suggèrent que l'on résolve ces problèmes en préparant un manuel et en assurant une formation continue. Ils mettent aussi l'accent sur l'importance de l'appui des gestionnaires lorsqu'il s'agit de faire accepter un nouvel outil. La trousse CCAP s'est révélée être un moyen efficace de réaliser des évaluations plus objectives et normalisées, ce qui a rendu l'accès aux soins continus à la fois plus efficace et plus équitable.

(YT421) Programme de jour de soins continus pour adultes

Bénéficiaire : Gouvernement du Yukon

Contribution : 71 400 $

Ce projet-pilote fournissait un programme communautaire de jour aux personnes atteintes de déficiences physiques et à celles présentant des déficiences cognitives. Le défi était de répondre aux besoins variés des différentes populations dans le cadre d'un même programme et en fonction du budget d'une juridiction de faible envergure. L'évaluation après un an indiquait le haut niveau de satisfaction des clients, notamment celle des soignants naturels qui appréciaient le répit que leur procurait le programme de jour. Ce dernier a permis de réaliser des économies en retardant l'institutionnalisation et en diminuant le nombre d'heures de soins à domicile dispensées à ces clients. Le rapport concluait que ce genre de programme peut donner de bons résultats; d'ailleurs, le programme a reçu, par la suite, un financement à long terme pour la poursuite de ses activités.